

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01308 vom 20. Mai 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01308](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01308)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01308 du 20 mai 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01308 del 20 maggio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsge brechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Ren tenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditäts bemessung ( Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betäti gungs vergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztäglich oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Um stän den täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypo thetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Nei gungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie

sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4).

#### **E. 1.4**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Anders falls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.5**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Am 8. April 2016 (Eingangsdatum) meldete sich X.\_\_\_\_ erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/121) . Auf entsprechende Aufforderung der IV-Stelle hin (Urk. 7/125) reichte die Versicherte je einen Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. April 2016, und von Dr. med.

C.\_\_\_\_ , FMH Allgemeinmedizin, vom 24. April 2016 nach (Urk. 7/126-127) .

Die IV-Stelle holte ihrerseits den Bericht von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation

,

Allgemeine Innere Medizin  
und Rheumatologie

,

vom 10. Oktober 2016 ein

(Urk. 7/133). Im Anschluss an erwerbliche Abklärungen teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Schreiben vom 10. Februar 2017 mit, dass zurzeit aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/146). Die IV-Stelle liess X.\_\_\_\_

in der Folge psychiatrisch und rheumatologisch begutachten (bidisziplinäres Gutachten vom 27. Juni 2017, Urk. 7/154). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/156, Urk. 7/160 und Urk. 7/167) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Oktober 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass die Beschwerdeführerin lediglich zu 20 % arbeitsunfähig sei. Da damit das gesetzliche Wartejahr

nicht erfüllt worden sei, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht (Urk. 1), dass insbesondere auf das bidisziplinäre Gutachten vom 27. Juni 2017 nicht abgestellt werden könne, da es mangelhaft sei. Gemäss den echtzeitlichen Arztzeugnissen ihrer behandelnden Ärzte habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Ausserdem dränge sich

eine erneute Haushaltsabklärung

auf, da sie angesichts der aktuellen familiären, persönlichen und finanziellen Umstände bei guter Gesundheit voller werbstätig wäre. 3.3.1

Im Rahmen der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 8. April

2016 (Urk. 7/121) sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen bei der Beschwerdeführerin eingegangen: 3.2

Dr. B.\_\_\_\_ führte in ihrem ärztlichen Attest vom 19. April 2016 (Urk. 7/126) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit April 2014 wegen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23)

behandle. Diese sei durch einen Berlin-Aufenthalt ausgelöst worden und habe die Belastung ihrer Kindheit durch die traumatisierte Mutter zum Vorschein gebracht. Die psychotherapeutische Behandlung habe erfolgreich abgeschlossen werden können, nachdem die Beschwerdeführerin die quälenden Symptome verloren habe und sich wieder ihrem jetzigen eigenen Leben habe zuwenden können. Die Behandlung sei aber dennoch nicht beendet worden, da sich ab Sommer/Herbst 2015 die Psoriasisarthritis auch unter Simponi -Injektionen gravierend verschlechtert habe. Gehen sei weiterhin ohne Krücken möglich, Schmerzen und Verkrampfungen zeigten sich zunehmend an Brustkorb, Armen und Händen. Tägliche Verrichtungen (einen Apfel raffeln, eine Pfanne tragen, sich anziehen) könne sie praktisch nicht mehr ausführen. Die Unterrichtsvertretungen an Mittelschulen, mit denen sie seit der IV-Umschulung wochenweise ihr Geld verdient habe, seien schon in den letzten 2 Jahren durch die körperliche Schwäche zur Qual geworden, sodass sie diese nun gänzlich habe aufgeben müssen. Die dazugehörigen körperlichen Anforderungen seien nicht mehr möglich gewesen. Es sei viel Trauer- und Überzeugungsarbeit nötig gewesen, bis sich die Beschwerdeführerin zur erneuten IV-Anmeldung durchgeben habe. Sie befürchte, auch die Malgruppen in ihrem Atelier aufgeben zu müssen. Das Ehepaar habe sich mit den bisherigen Schwächen der Beschwerdeführerin im Haushalt eingerichtet, wobei die neue Belastung auf einen selber erschöpften Mann vor der Pensionierung getroffen sei,

was auch die Beziehung belastete. Die Beschwerdeführerin sei zunehmend in einen von Schmerzen geplagten, lähmenden depressiven Zustand geraten und habe darin unterstützt werden müssen, ihre Schmerzen dem Hausarzt und dem Rheumatologen überhaupt darzulegen und eine somatische Begleitung anzufragen. Mit der besseren Schmerzmedikation könne sie wieder ohne Panzerbrust normaler atmen. Kleinere körperliche Arbeiten lösten aber weiterhin Schmerzen an den Gelenken und Muskelansatzstellen aus, die sie erschöpften. Ein geregelter Arbeitserwerb sei unter diesen körperlichen Einschränkungen nicht mehr möglich.

### 3.3

Der behandelnde Hausarzt Dr. C. \_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 24. April 2016 (Urk. 7/127) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen:

-

Psoriasisarthritis unter Therapie mit Simponi

-

Erschöpfungsdepression

Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, welche im Bereich des kleinen Beckens, in beiden Hüften und entlang der Wirbelsäule lokalisiert seien. Unter der Therapie mit einem TNF-alpha-Inhibitor Simponi hätten die Schmerzen vorübergehend etwas gelindert werden können. Wenn auch die Beschwerdeführerin immer von leichten bis mittelschweren Schmerzen geplagt gewesen sei, habe sie dennoch einem niedrig prozentigen Teilzeitpensum als Zeichnungslehrer in nachgehen können. Seit September 2015 hätten die Schmerzen unter der Simponi -Therapie deutlich zugenommen. Aktuell seien die Schmerzen im Bereich der beiden Hüftgelenke, entlang der Wirbelsäule, beidseits des Brustbeins und in beiden Händen. Zudem liege eine ausgeprägte Kraftlosigkeit vor. Kleinste Haushaltarbeiten seien

eine grosse Anstrengung. Sie sei nur noch dank Unterstützung durch ihren Ehemann in der Lage , ihre Zeichnungslektionen vorzubereiten und dann zu erteilen. All diese Symptome und das Realisieren, dass ihr Leben immer schwieriger werde und ihre berufliche Tätigkeit eventuell nicht mehr möglich sei, hätten zu einer sekundären depressiven Krise geführt, weshalb sich die Beschwerdeführerin in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ befinde. 3 .4

Prof . D.\_\_\_\_ , welcher die Beschwerdeführerin seit Oktober 2005 behandelt, führte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2016 (Urk. 7/133) zuhanden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: -

Psoriasisarthritis mit Spondylarthritis C5-7, Th7-8 und Sacroilitis rechts caudal und Enthesitiden (Erstdiagnose 2006) im Trochanter- und

Becken bereich beidseits

-

Wiederholte Erschöpfungs-Depressionen

-

Chronischer Vitamin B12-Mangel

Die Beschwerdeführerin sei vom 11. Januar bis 5. Februar 2011 in der E.\_\_\_\_ zur psychosomatischen

Rehabilitation stationär hospitalisiert gewesen. Sie sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Künstlerin mit vorwiegend Unterricht an der Kunstschule seit dem 1. Januar 2016 bis auf Weiteres zu 60 % arbeitsunfähig und unterrichte zurzeit bei einem circa 40%-Pensum. Sie zeige beim Gehen, Stehen und Unterrichten eine allgemeine Ermüdbarkeit. Nach einem 50%-Pensum sei sie vollständig erledigt und müsse sich hinlegen. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin bei einem 40%-Pensum - verteilt auf eine Woche - bei einer 80%igen Leistungsfähigkeit zumutbar. Somatisch sei die Prognose gut. 3 .5

Das interdisziplinäre Gutachten vom 27. Juni 2017 (Urk. 7/154) nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Nicht näher spezifizierbares, weichteilrheumatisches Beschwerdesyndrom

Ober- und Unterschenkelregion links und obere Extremitäten beidseits bei

-

Tenderpointbildung ohne somatisches Korrelat linke obere

Extremität betont Oberarm und linke untere Extremität betont

Oberschenkel

-

Rezidivierende, betont tieflumbale und lumbosakrale

Rückenbeschwerden bei

-

Fehlenden sicheren Hinweisen auf eine Arthritisaktivität mit  
MRI-dokumentierten beginnenden degenerativen  
Veränderungen

-

Anamnestisch Angabe einer Psoriasisarthritis mit Spondylarthritis C5-7,  
thorakal 7/8, Sakroilitis rechts kaudal, Enthesitiden (Erstdiagnose 2006)

-

Fehlendes radiologisches Korrelat (siehe MRI der ganzen  
Wirbelsäule vom 21. März 2016)

-

Anamnestisch wiederholt erwähnte Erschöpfungsdepression mit Hinweis  
für eine Somatisierungsstörung und Entwickeln einer  
Schmerzverarbeitungsstörung

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe eine Anpassungsstörung ( ICD-10:  
F43.21).

Anlässlich der rheumatologischen Exploration

habe die Beschwerdeführerin über ein Beschwerdebild berichtet, das nicht näher spezifiziert  
und somatisch nicht zu geordnet

werden könne. Die beschriebenen dominierenden Beschwerden betrafen den  
Weichteilmantel an beiden oberen Extremitäten, diffus in der unteren LWS und  
Lumbosakralregion und diffus Oberschenkelregion links betont an der Aussenseite. Das  
klinische Korrelat sei unspezifisch, wobei sich Tenderpoints ausschliesslich an der linken  
oberen und unteren Extremität fänden, nicht aber am rechten Arm, obwohl die  
Beschwerdeführerin

beklage, dass sie subjektiv an beiden Armen gleichviel Beschwerden habe. Die  
Tenderpoints linksseitig seien ohne strukturelles Korrelat. Triggerpunkt- oder  
Hartspannbildungen respektive dystrophe Veränderungen fehlten. Diese von der  
Beschwerdeführerin als dominant angegebenen Beschwerden seien nicht Folge einer  
Arthritis-Krankheit, sondern im Rahmen einer nicht näher spezifizierbaren  
weichteilrheumatischen Missempfindung zu erklären. Dabei handle es sich um eine  
Somatisierungsstörung im Rahmen einer wahrscheinlichen Schmerzverarbeitungsstörung.  
Für eine Psoriasisarthritis oder Spondylarthritis zu erwartende Veränderungen fänden sich  
klinisch, aber auch radiologisch,

nicht – zumindest nicht aufgrund der aktuellen Untersuchung und dem MRI vom 21. März  
2016. Es gäbe keinen Hinweis für eine Entzündungsaktivität respektive Arthritis, weder am  
Achsen skelett, das schmerzfrei beweglich und in der segmentalen Prüfung unauffällig sei,  
noch im peripheren Gelenkstatus. Zu bemerken sei, dass die Beschwerdeführerin eine  
Psoriasis verneint habe; deshalb könne die von Prof. D.\_\_\_\_

diagnostizierte

## Psoriasis arthritis

nicht nachvollzogen werden. Die MRI-Befunde der gesamten Wirbelsäule dokumentieren massig ausgeprägte degenerative Veränderungen paraxial ohne arthritische oder postarthritische Befunde. Es sei möglich, dass Prof. D. \_\_\_ in früheren Untersuchungen entzündliche Veränderungen vorgefunden habe, aufgrund aber der Beschreibung der Beschwerden durch die Beschwerdeführerin über die vergangenen Jahre müsse das Ausmass allfällig früher bestandener entzündlicher Veränderungen als nicht ausgeprägt beurteilt werden. Dies und auch die aktuell fehlenden Hinweise für eine Entzündungsaktivität wären eine Erklärung dafür, dass die Basistherapie mit Simponi wegen fehlender Wirksamkeit auf Humira gewechselt worden sei, wobei die Beschwerdeführerin

angebe, dass auch unter Humira die Beschwerden kaum wesentlich hätten beeinflusst werden können. Es stelle sich somit die Frage, ob diese Medikation anhaltend indiziert sei. Gegen eine Entzündungsaktivität spreche auch die fehlende Wirkung unter der Einnahme des NSAR Xevo.

Es resultiere die Beurteilung einer massig ausgeprägten degenerativen Veränderung im Bereiche HWS, BWS, untere LWS, welche klinisch gut kompensiert sei, mit einer nicht näher spezifizierbaren Beschwerdesymptomatik im Weichteilmantel ohne somatisches oder strukturelles Korrelat. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für jede leichte bis zeitweise mittelschwer wechselbelastende Tätigkeit ohne Einschränkungen gegeben. Dabei sei berücksichtigt, dass die segmentalen und peripher-artikulären Funktionen nicht eingeschränkt seien. Jedoch sei als Belastbarkeits einschränkung eine offenbar über Jahre sich entwickelnde erhöhte Erschöpfbarkeit im Rahmen der Schmerzverarbeitung zu berücksichtigen, was die Leistungsfähigkeit beeinträchtige. Entsprechend bestehe bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei vollem Pensum eine um 20 % reduzierte Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des Verlaufs und der Chronifizierung bestehe mittel- bis längerfristig keine Aussicht auf eine Besserung. Dieselbe Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte auch für Haushaltsarbeiten.

Die aktuelle Tätigkeit werde von der Beschwerdeführerin als ideal bemerkt, da sie nicht gewichtsbelastend sei, ohne Exposition in kalt-feuchtem Milieu sei und von ihr geschätzt werde. Mehrmals habe sie betont, wie wichtig es für sie sei arbeiten zu können. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit datiere seit der Renteneinstellung 2004. Aufgrund der Zwischenanamnese seither bis heute habe sich die gesundheitliche Situation nicht wesentlich verändert. Vorübergehende oder früher aufgetretene entzündliche Aktivitäten führten lediglich zu einer vorübergehenden, nicht aber dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Bei der psychiatrischen Untersuchung wirkte die Beschwerdeführerin laut dem psychiatrischen Teilgutachten

insgesamt sicher. Sie sei vollständig ansprechbar. Es fänden sich keine kognitiven Störungen mit Einschränkungen von Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit. Sie sei insgesamt affektiv schwingungsfähig und es fände sich keine Antriebsreduktion. Die Grundstimmung sei gut. Es komme nicht zu Morgenerwachen oder Morgentief. Sie habe nie Gedanken an Suizid gehabt. Teilweise würden leichte Überforderungssituationen angegeben. Es fänden sich keine Schlafstörungen. Es fänden sich somit keine diagnostischen Anteile einer schweren depressiven Erkrankung. Eine verminderte

Aufmerksamkeit und Konzentration finde sich nicht. Das Selbstwertgefühl sei adäquat mit guter Durchsetzungsfähigkeit.

Es bestehe keine Freudlosigkeit, kein Morgenerwachen oder psychomotorische Hemmung. Die Beschwerdeführerin

habe angegeben, dass sie, wenn sie keine Schmerzen hätte, keinerlei psychische Probleme hätte. Als zentrale Problematik von der Beschwerdeführerin

werde immer wieder das Schmerzproblem angegeben. Es sei damit nur von einer leichten depressiven Symptomatik aufgrund eines Lebensumstandes auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei damit eine Anpassungsstörung zu diagnostizieren. Explizit sei zu sagen, dass es sich nicht um eine schwergradigere depressive Erkrankung handle.

Aktuell könne nicht von einer psychiatrischen oder psychopharmakologischen Therapie ausgegangen werden, obwohl sie früher eine Psychotherapie wahrgenommen habe. Die Beschwerdeführerin erlebe einen extremen sekundären Krankheitsgewinn. Angenehm erlebte Tätigkeiten wie die berufliche Selbstverwirklichung könnten durchgeführt, Kurse gehalten und die eigenen künstlerischen Projekte durchgeführt werden. Im Gegensatz hierzu sei es der Beschwerdeführerin jedoch ihrer Meinung nach nicht möglich, Hausarbeiten wie Putzen oder Waschen durchzuführen. Dies müsse entweder durch die Putzfrau oder durch den Ehemann übernommen werden. Der Ehemann müsse ins Atelier kommen, um die Toiletten zu putzen. Es sei hier von einer extrem ausgeprägten Graduierung eines sekundären Krankheitsgewinns auszugehen, wenn nunmehr angeblich von der betreuenden Psychiaterin initialisiert werde, dass ihr morgens das Frühstück ans Bett gebracht werden müsse. Dies sei nicht mehr als therapeutisch anzusehen. Es komme zu einem so ausgeprägten Krankheitsgewinn, dass die Beschwerdeführerin nur noch selektiv für sich selber Dinge wahrnehme. Im Gegensatz hierzu werde im Befundbericht von Dr. C. \_\_\_\_

vom 24. April 2016 dargestellt, dass bereits kleinste Haushaltsarbeiten eine grosse Anstrengung seien. Die Beschwerdeführerin

könne jedoch mindestens 3 Stunden Kurs geben, hierzu die Vorbereitungen treffen und alles durchführen und sie könne sogar an der Biennale teilnehmen. Die Beschwerdeführerin

könne auch für 5 Wochen in Urlaub fahren.

Wenn die behandelnde Psychiaterin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe, differenziere sie dies jedoch nicht bezüglich somatischer und psychiatrischer Diagnosen. Die Arbeitsunfähigkeit werde, soweit überhaupt abklärbar, immer basierend auf der somatischen Arbeitsunfähigkeit abgestützt. Auch aktuell fänden sich keine Hinweise auf eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch retrospektiv fänden sich explizit keine solche Einschränkungen.

Da sich keine relevante psychiatrische Erkrankung finde, sei seit 2004 aus somatischen Gründen von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 3.6

Im Rahmen

des Vorbescheidverfahrens

reichte die Beschwerdeführerin den Aus trittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 1 1. Februar 2011 (Urk. 7/166), wo die Beschwerdeführerin vom 10. Januar bis 5. Februar 2011 stationär hospi talisiert war, zuhanden Dr. B.\_\_\_\_

ein. Darin waren folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Psychophysisches Erschöpfungssyndrom

-

psychosoziale Belastungsfaktoren

-

Psoriasisarthropathie (Erstdiagnose 2006, Prof. D.\_\_\_\_ )

-

langjährige Basistherapie mit MTX und seit November 2010

zusätzlich Simponi

s.c . (vorher Humira , Remicade )

-

Depressive Störung

-

bei Eintritt mittelgradige depressive Episode

-

seit November 2010 in psychiatrischer Behandlung

Bei Eintritt habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie bei langjährig be kannter Psoriasisarthropathie

unter zunehmender psychophysischer Erschöpfung leide. Sie habe bisher diverse Basis-Therapeutika ausprobiert, aktuell sei sie seit circa 2 Monaten unter Simponi . Kürzlich sei sie noch auf eine Handge lenks schiene bei rezidivierender Arthropathie im linken Handgelenk angewiesen ge wesen, welche aber nicht mehr nötig sei.

Sozialanamnestisch sei die Beschwerde führerin verheiratet und habe 2 Kinder im Alter von 18 und 20 Jahren. Sie arbeitet zu 100 % als Lehrerin in einer Kunstschule und an der F.\_\_\_\_ . H i er beständen unregelmässige Arbeitsbelastungen, teilwei se inklusive Ausland auf enthalte . Sie beschreibe ein gutes soziales Netzwerk. Sie tendier e jedoch dazu sich zu überfordern. Im Rehabilitationsverlauf habe sich die Beschwerdeführerin psychophysisch zunehmend rekonditionieren können, sie sei zur Ruhe gekommen und der Schlaf habe sich verbessert. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten habe sie im Verlauf zunehmend ihre Grenzen erkennen und diese auch wahren können. Die Selbstsorge habe sich verbessert. Dabei habe sie auch beschlossen, ihr Arbeitspensum zu reduzieren. Vom 10. Januar bis 13. F ebruar 2011 sei ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden, wobei ein stufenweiser Wieder einstieg empfohlen werde. 4.

### **E. 3**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge, zuzüglich Mehrwertsteuer

zu Lasten der Gegenpartei. »

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-173), was der Beschwerdeführerin am 24. Januar 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

### **E. 3.4**

]). Zudem hat die Beschwerdeführerin mit ihren zwischenzeitlich erwachsenen Kindern (geboren 1990 und 1992) auch keinen zu berücksichtigenden Aufgabenbereich mehr. Entsprechend machte die Beschwerdeführerin auch beschwerdeweise geltend, dass sie im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % erwerbstätig wäre (Urk. 1 S. 11 f.).

Angesichts dieser Statusänderung ist ein Revisionsgrund gegeben, weshalb nachfolgend die gesamte gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin frei überprüfbar werden kann (vgl. E. 1.4). 4.3

Das interdisziplinäre

Gutachten vom 27. Juni 2017 (Urk. 7/154) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen und rheumatologischen

Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.4). 4.4

Der psychiatrische Gutachter stellte schlüssig fest, dass angesichts der erhobenen Befundlage eine Anpassungsstörung zu diagnostizieren sei, welche ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verlaufe. Dabei schloss er eine schwergradige depressive Erkrankung explizit aus. Diese diagnostische Einschätzung deckt sich mit derjenigen der behandelnden Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_, welche ebenfalls die Diagnose einer Anpassungsstörung stellte (vgl. E. 3.2). Indem aber Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte und festhielt, dass ein Arbeitserwerb unter diesen körperlichen Einschränkungen nicht mehr möglich sei, tat sie dies ohne Differenzierung der somatischen und psychiatrischen Diagnosen. Der begutachtende Psychiater rügte diese Aussage zu Recht. Auch der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin aktuell in keiner adäquaten psychiatrischen oder psychopharmakologischen Therapie befindet, spricht gegen das Vorliegen einer schwergradigeren psychischen Erkrankung. Soweit

Dr. C.\_\_\_\_

als Hausarzt respektive Allgemeinmediziner und Prof. D.\_\_\_\_ als Rheumatologe bei der Beschwerdeführerin (wiederholte) Er schöpfungsdpressionen diagnostizierte (vgl. E. 3.3-4), bewegen sie sich auf fachfremdem Gebiet, weshalb ihre Beurteilung in das fachärztliche überzeugende Gutachten nicht zu erschüttern vermögen.

Festzuhalten ist auch, dass bereits die Renten zusage im Jahre 1999 nur aus somatischen Gründen und nicht aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung erfolgte (vgl. Z.\_\_\_\_-Gutachten und E. 3).

Mangels einer die Arbeitsfähigkeit einschränkende n psychiatrische n Diagnose erübrigte sich anlässlich der aktuellen Begutachtung auch eine Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 (vgl. Vorbringen der Beschwerdeführerin, Urk. 1 S. 9 f.). Vielmehr vermögen die von der Beschwerdeführerin dargelegten Hinweise für das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert die überzeugende Einschätzung im psychiatrischen Teil-Gutachten nicht in Frage zu stellen. Denn angesichts des im Gutachten nachvollziehbar aufgezeigten und auffälligen sekundären Krankheitsgewinns, den die Beschwerdeführerin aus ihren geklagten Beschwerden erzielt, indem sie nur noch selektiv für sich selber Dinge wahrnimmt (künstlerische Projekte, berufliche Selbstverwirklichung) und dabei in kontrainduzierter Weise von ihrer Psychiaterin unterstützt wird, sind die augenfällig wohlbedachten Beschwerdeschilderungen und Darlegungen ihrer sozialen und beruflichen Situation anlässlich der Exploration (vgl. Urk. 7/154/21 und Urk. 7/154/25) mit Vorbehalt zu würdigen. 4.5

Der begutachtende Rheumatologe legte nachvollziehbar dar, dass bei der Beschwerdeführerin zwar mässig ausgeprägte degenerative Veränderungen im Bereich der HWS, BWS und unteren LWS vorlägen, dass diese klinisch aber gut kompensiert seien. Die nicht näher spezifizierbare Beschwerdesymptomatik im Weichteilmantel sei dagegen ohne somatisches oder strukturelles Korrelat. Auch die eingehenden Ausführungen, dass aus rheumatologischer Sicht - entgegen der Beurteilung von Prof. D.\_\_\_\_

(vgl. E. 3.4) - keine Arthritis-Krankheit vorliege, überzeugen angesichts dem Fehlen der dafür vorausgesetzten klinischen und radiologischen Veränderungen. So fehlten insbesondere dafür zu erwartende Entzündungsaktivitäten. Die vom behandelnden Rheumatologen Prof.

D.\_\_\_\_ allenfalls früher vorgefundenen entzündlichen Veränderungen müssten des halb als entweder nicht ausgeprägt oder als nur vorübergehend eingestuft werden. Aufgrund dieser Darlegungen erscheint auch der Hinweis des begutachtenden Rheumatologen auf die wohl nicht indizierte und deshalb wirkungslose Simponi -Therapie plausibel. Dass im rheumatologischen Teil-Gutachten dennoch eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt wird, erfolgte nach vollziehbar unter Hinweis auf die nur mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS, BWS und unteren LSW sowie unter Hinweis auf eine wahrscheinliche Schmerzverarbeitungsstörung und der sich dabei über Jahre entwickelten Erschöpfbarkeit.

Da sich in den Akten kein Anhalt darauf findet, dass die somatische (rheumatologische) Situation in den letzten Jahren erheblich schlechter war, zumal die Beschwerdeführerin offenbar bis Ende 2015 weiterhin hochprozentig gearbeitet hat (Unterricht an der Kunst- und F.\_\_\_\_-schule sowie Tätigkeit in ihrem Atelier), kann auch auf die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit der Renteneinstellung 2004 abgestellt werden. Lediglich während der rund 3-wöchigen psychophysischen Rehabilitation in der E.\_\_\_\_ im Januar 2011 bestand eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Auf weitere medizinische Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin verlangt (Urk. 1 S. 13 f.), ist zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der medizinischen Akten – insbesondere des interdisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachtens vom 27. Juni 2017 (Urk. 7/154) - hinreichend abgeklärt sind.

Wie die Beschwerdegegnerin richtigerweise ausführt ( Urk. 2 S. 2), kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage auf eine erneute Hausabklärung verzichtet werden.

#### **E. 4**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

##### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen ist. Dies bedeutet in sachverhältnismässiger Hinsicht, dass, sofern sich ein Aspekt aus dem gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum wesentlich verändert hat, beispielsweise das Valideneinkommen frei überprüft werden kann, wenn die Aktenlage oder die Parteivorbringen dazu Anlass geben, auch wenn sich die revisionserhebliche Änderung auf ein anderes Element der Anspruchsberechtigung, etwa die Arbeitsfähigkeit, bezieht (BGE 130 V 253 E.

3.3 f. mit zahlreichen Hinweisen). 4 .2 4 .2.1

Die Zusprache einer halben Invalidenrente mit Verfügung vom 14. September 1999 (Urk. 7 / 48 in Verbindung mit Urk. 7/47) erfolgte gestützt auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 22. März respektive 3. Mai 1999

bei einer 50%igen Einschränkung im Beruf und im Haushalt unter Anwendung der gemischten Methode , wobei der erwerbliche Teil mit 33 % und der Haushaltsbereich mit 67 % qualifiziert wurde (vgl. Sachverhalt E. 1.1) . Im ersten Revisionsverfahren wurde die bisherige halbe Invalidenrente bei einem unveränderten Beschwerdebild (vgl. Bericht des Haus arztes, Urk. 7/54) und veränderter Qualifikation aufgrund einer «Umlagerung» der Tätigkeit vom Haushalt auf den Erwerb bestätigt (Urk. 7/62), wobei neu der erwerbliche Teil mit 66 % und der Haushaltsbereich mit 34 % gewichtet wurde (vgl. Sachverhalt E. 1.2).

Auch im von Amtes wegen eingeleiteten Revisions ver fahren wurde die Invalidenrente bei einem unveränderten Invaliditätsgrad von 57 % bestätigt (vgl. Sachverhalt E. 1.3). Im weiteren Revisionsverfahren 2003 (vgl. Sachverhalt E. 1.4) wurde die Beschwerdeführerin wegen der angetretenen Umschulung neu als zu 30 % im Erwerbsbereich und zu 70 % im Haushalts bereich qualifiziert. Diese Statusänderung führte - wiederum unter Anwendung der gemischten Methode - zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 32 %, weshalb mit Verfügung vom 9. Dezember 2004 die Rente eingestellt wurde (Urk. 7/82). 4 .2.2

Mit der Neuanmeldung macht die Beschwerdeführerin nun eine Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation geltend (Urk. 1 S. 8). Ob sich tatsächlich eine revisionsbegründende Veränderung des Gesundheitszustandes eingestellt hat, kann vorliegend angesichts der offenkundig veränderten Qualifikation seit der Renteneinstellung im Jahre 2004, als die Beschwerdeführerin wegen ihrer Umschulung ihr Erwerbsspensum von 66 % auf 30 % reduziert hatte , offen bleiben . Denn aus den Akten ergibt sich, dass die

Beschwerdeführerin während der letzten Jahre sicher hochprozentig gearbeitet hat (vgl. unter anderem Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2011 [E. 3 .6] und Bericht von Prof. D.\_\_\_\_ vom

#### **E. 4.6**

Gestützt auf die über zeugenden Feststellungen im bi disziplinären Gutachten vom 2 7. Juni 2017 steht somit fest, dass ab 2004

eine um 20 % eingeschränkte Arbeits fähigkeit sowohl in der a ngestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit bestand.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass das einjährige Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG nicht erfüllt wurde und keine dauerhafte, anspruchsrelevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Damit besteht kein Rentenanspruch .

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Be schwerde. 5 .

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwer de führerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstGeiger

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

**E. 10**

. Oktober 2016 [E.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.