

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01137 vom 16. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01137

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01137 du 16 juin 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01137 del 16 giugno 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin machte geltend, das Sozialversicherungsgericht sei im Urteil vom 26. November 2007 zum Schluss gekommen, dass weder aus somatischen noch aus psychischen Gründen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht und keine invalidisierende Gesundheitsstörung im Sinne des Gesetzes vorliegt. Im Rahmen des erneuten IV-Antrages sei der RAD in seiner gesamthaften Beurteilung zur Auffassung gelangt, es sei seit dieser Entscheidung keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Namentlich sei ein psychischer Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit weiterhin nicht ausgewiesen (Urk. 2 und Urk. 6).

2.2 Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, das Sozialversicherungsgericht habe im Rahmen seiner Erwägungen auch das Gutachten des Zentrums K. vom 22. Februar 2006 zitiert. Auf Seite 20 dieses Gutachtens sei zusammenfassend festgehalten worden, dass unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bezüglich aller für sie in Frage kommenden Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Das Sozialversicherungsgericht habe diese Argumentation nicht gelten lassen. Es habe vielmehr dargelegt, dass die psychiatrischen Befunde keine rentenbegründende Invalidität zu erzeugen vermöchten. Nicht in die Erwägungen des damals erlassenen Entscheides aufgenommen worden sei indessen die einschlägliche psychiatrische Begründung für das Vorliegen einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auf Seite 17 des Gutachtens. Laut der Rechtsprechung des Bundesgerichtes (Urteil 9C_369/2010 vom 25. Oktober 2010) sei für die Umschreibung der Rechtskraft und der damit verbundenen Rechtsbeständigkeit eines den Anspruch auf eine Dauerleistung verneinenden negativen Entscheides auf die Begründungselemente zurückzugreifen. Im hier interessierenden Zusammenhang sei festzuhalten, dass im seinerzeitigen Entscheid des Sozialversicherungsgerichtes ein wesentliches Begründungselement, nämlich dasjenige, welches die Gutachter zur Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 50 % geführt habe, überhaupt nicht berücksichtigt worden sei. Insbesondere nicht berücksichtigt worden seien die Ausführungen, wonach die fehlende Krankheitseinsicht unbewusst erfolge und deshalb nur schwer therapierbar sei. Mithin sei das frühere Urteil in einem wesentlichen Punkt unvollständig, weshalb insbesondere die in der angefochtenen Verfügung enthaltene Meinung unzutreffend sei, seit Erlass dieses Urteils seien keine relevanten somatischen Leiden mit Tangierung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen worden (Urk. 1 Seiten 2 und 3). Zu diskutieren wäre indessen vielmehr, ob sich allenfalls gegenüber dem früher festgehaltenen Unvermögen der Steuerung der Krankheitseinsicht eine Besserung ergeben hat. Eine Besserung ihres Zustandes sei indessen nicht eingetreten (Urk. 1 Seite 3).

E. 3

3.1.1. Im seitens der Beschwerdeführerin zitierten Urteil 9C_369/2010 vom 25. Oktober 2010, publiziert in BGE 136 V 369, führte das Bundesgericht im Wesentlichen aus, die Rechtskraft von Verfügungen und (Einsprache- oder Beschwerde-) Entscheiden über Dauerleistungen im Bereich der Sozialversicherung, u.a. Renten der Invalidenversicherung, sei grundsätzlich zeitlich unbeschränkt. Sie erfasse die Anspruchsvoraussetzungen ebenso wie die Faktoren der Leistungsbemessung. Es liege insofern eine abgeurteilte Sache (res iudicata) im Rechtssinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbemessungsfaktoren könnten daher vorbehaltlich einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung des rechtskräftigen Entscheides (Art. 53 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. i ATSG bzw. Art. 53 Abs. 2 ATSG) nicht bei jeder neuen Bezugsperiode in Frage gestellt und geprüft werden. Diese Grundsätze gälten auch im Rahmen der Revision einer Dauerleistung im Sinne der Anpassung pro futuro an (nachträgliche) erhebliche Änderungen der tatsächlichen (und allenfalls rechtlichen) Grundlagen der ursprünglichen Leistungszusprechung (BGE 136 V 369 E. 3.1.1). Im Weiteren wies das Bundesgericht darauf hin, dass für die Umschreibung der Rechtskraft und der damit verbundenen Rechtsbeständigkeit eines den Anspruch auf eine Dauerleistung verneinenden Entscheides auf die Begründungselemente zurückgegriffen werden muss (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.1.2).

E. 3.2

3.2.1. Wie erwähnt, wies die Beschwerdegegnerin das - erstmalige - Rentenbegehren der Beschwerdeführerin vom 25. Januar 2005, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 37 %, mit Verfügung vom 13. September 2006 ab (Urk. 7/32). Diese Verfügung war vom Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 26. November 2007 im Ergebnis bestätigt worden, wobei es sich aber auf den Standpunkt gestellt hatte, es liege (gar) keine invalidisierende Gesundheitsstörung vor. Zur Begründung hatte es zusammenfassend ausgeführt, insgesamt gehe aus den medizinischen Akten deutlich hervor, dass sich somatisch sämtliche von der Beschwerdeführerin ausführlich geschilderten Beschwerden trotz unzähliger und umfassender Untersuchungen nicht erklären liessen. Aus somatischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in keiner Weise eingeschränkt. In psychischer Hinsicht sei vom Vorliegen einer hypochondrischen Störung und/oder Somatisierungsstörung auszugehen, welche beide zu den somatoformen Störungen gehörten. Bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung könne rechtsprechungsgemäss eine darin begründete Beeinträchtigung des Leistungsvermögens nur ausnahmsweise angenommen werden, wenn besondere Umstände gegeben seien, welche eine Überwindung der Schmerzproblematik auch bei Aufbietung der zumutbaren Willensanstrengung nicht erwarten liessen (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50f., siehe auch E. 2.1). Für derartige Umstände fanden sich in den Akten keinerlei Anhaltspunkte. Vielmehr seien die sozialen Kontakte der Beschwerdeführerin offensichtlich intakt und sei sie in der Lage (gewesen), verschiedenste umfangreiche Aktivitäten zu entfalten, was in auffallendem Widerspruch zu der von ihr geltend gemachten permanenten Erschöpfung stehe. Ausserdem habe sie sich bis jetzt nicht bemüht, die offenkundige psychische Komponente ihrer Beschwerden aktiv anzugehen. Es müsse aus der Sicht eines behandelnden Arztes wohl zutreffen, dass eine Behandlung ohne Motivation und Mitarbeit der betroffenen Person keinen Sinn mache. Tatsache sei jedoch, dass bei der

der Beschwerdeführerin dargelegt, dass unter diesen Bedingungen eine IV-Berentung kaum Aussicht auf Erfolg haben dürfte und hier ein anderes Konzept greifen sollte. Er werde ihr eine ambulante kardio-vaskuläre Reha unterbreiten, bei welcher sie ihr Selbstwertgefühl und Vertrauen in ihren eigenen Körper zu stärken vermöge (Urk. 7/64/4-5).

4.1.3. Z.____ führte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 3. August 2009 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) an. Deren Beginn sei schwierig festzulegen, ca. 1992. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % seit 2003 bis auf Weiteres im Erwerbsbereich. Im Haushaltsbereich teile sich die Beschwerdeführerin die Arbeiten mit der Tochter; eine genaue Bestimmung der Einschränkung müsste vor Ort stattfinden. Die bisherige Tätigkeit als Büroangestellte könne zu maximal 30 % wahrgenommen werden, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Deren Ausmass sei schwierig festzulegen, da der jeweilige körperliche Zustand der Beschwerdeführerin variieren könne und nicht voraussehbar sei (Urk. 7/65/8).

4.1.4. G.____, FMH Psychiatrie, diagnostizierte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 18. März 2010 (Urk. 7/81) eine multiple psychosomatische Störung (Somatisierungsstörung, ICD-10 F45.0) und anamnestisch einen Status nach kurzer depressiver Reaktion 2009 (ICD-10 F43.10). Die Somatisierungsstörung habe keine arbeitsmedizinische (IV-)Relevanz; die Forderkriterien seien nicht erfüllt. Es sei der Beschwerdeführerin die Überwindung ihrer Beschwerden zwecks Aufnahme einer Arbeit in der freien Wirtschaft zumutbar. Eine IV-relevante dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aus rein psychiatrischer Sicht deshalb nicht attestiert werden (Urk. 7/81/28). Der psychische Gesundheitsschaden habe sich, soweit aus den damaligen Befunden ableitbar, aufgrund der von ihr erhobenen Anamnese seit der Begutachtung im März 2006 nicht geändert. Schon damals habe eine bunte Somatisierungsstörung bestanden. In den vergangenen Jahren seien lediglich weitere Schattierungen und Beschwerdevarianten zugefügt worden (Urk. 7/81/30).

4.1.5. A.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom Spital M.____, welchen die Beschwerdeführerin am 28. Dezember 2009, 25. Januar 2010 sowie am 23. Februar 2010 konsultiert hatte, hielt in seinem Bericht an Y.____ vom 4. Juni 2010 fest, die vielen körperlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin und vor allem auch die verzweifelt fortgesetzte Suche nach vermeintlich körperlichen Ursachen ihrer Beschwerden sprengten den Rahmen einer normalen somatoformen Schmerzstörung oder auch einer Neurasthenie. Trotzdem würde er im Fall der Beschwerdeführerin auch in Anbetracht der langen Krankheitsanamnese heute von einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sprechen, insbesondere auch aufgrund der doch sehr ängstlich hypochondrischen Selbstbeobachtung und der teilweise unkorrigierbaren Überzeugungen, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden, trotz wiederholten negativen Abklärungen. Gleichzeitig beständen auch Funktionsstörungen wie sie zum Beispiel im Rahmen eines Reizdarmes häufig beobachtet würden (Laktose- und Fruktoseintoleranz sowie offenbar auch Resorptionsstörungen), welche dafür sprächen, dass bei der Beschwerdeführerin langjährige und heftige funktionelle Störungen bestehen, die teilweise auch zu Mangelerscheinungen geführt hätten. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität im Sinne einer Depression bestehe nicht, hingegen lägen Hinweise für eine auffällige Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer Überanpassung

und Gefahr der Ausbeutung auf dem Hintergrund einer unglücklichen Kindeszeit vor. Möglicherweise seien auch Elemente der emotional-instabilen Persönlichkeit vom Typ Borderline vorhanden. In Anbetracht der stark subjektiven Beschwerden sei eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit schwierig. Momentan erlebe sich die Beschwerdeführerin mit einer Arbeitsleistung von zwei mal vier Stunden pro Woche bereits an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit, allerdings sei nicht ganz nachvollziehbar, weshalb sie diese Leistung nicht an 5 Tagen pro Woche sollte erbringen können (Urk. 7/82/3-4).

4.1.6. In den Akten liegen im Weiteren die - von der Beschwerdeführerin im Rahmen des (zweiten) Vorbescheidverfahrens eingereichten - Berichte von C.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), vom 19. August 2010 (Urk. 7/84/2) sowie von D.____ der Klinik N.____ vom 25. August 2010 (Urk. 7/84/3-4).

C.____ diagnostizierte im genannten Bericht eine Penicillin-Allergie, einen Status nach Mononukleose (1982), einen Status nach Tonsillektomie beidseits (1985), Schleimhautirritationen mit Zungenbrennen bei Verdacht auf Vitamin-B- und Eisenmangel wegen Duodenum-Resorptionsstörung, einen Tubenmittelohrkatarrh beidseits, eine Hiatus-Hernie, ein Asthma bronchiale, eine Refluxoesophagitis sowie einen Status nach endoskopischer Celon-Conchotomie beidseits, Parazentese und Paukendrainage beidseits und Epipharyngoskopie am 14. November 2006. In den HNO-ärztlichen Untersuchungen hätten sich die Nachweise der oben genannten Diagnosen ergeben. Hiermit könnten diese und damit die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptomatiken bestätigt werden (Urk. 7/84/2).

D.____ führte in seinem Bericht vom 25. August 2010 aus, zusätzlich zu den in seinem Bericht vom 7. November 2007 (Urk. 7/49/19-21) erwähnten beständen heute folgende Probleme: (1) ein chronischer Tubenkatarrh links mit chronischem Pseudomonasinfekt, weitgehend antibiotikaresistent (auch von ORL-Spezialist abgeklärt), (2) ein Fibromyalgie-Syndrom mit Hepatopathie und leichter Ferritinerhöhung, als Ausdruck der chronischen Entzündlichkeit, (3) eine deutliche Stoffwechselproblematik mit Dysproportion der Fettsäuren, deutlicher Erhöhung der Linolsäure und deutlicher Verminderung der DPA, also auch Hinweise auf eine deutliche Entzündungsneigung, stoffwechselbedingt, (4) ein chronisches Müdigkeitssyndrom bei nachweisbarem, chronischem Epsteinbarr-Infekt, (5) eine chronisch virale Belastung (Mononukleose / Chlamydien etc.), (6) chronische Darmstörungen mit Leakygut bei nachgewiesener Nahrungsmittelallergie, (7) eine bakterielle Fehlbesiedlung des Darmes mit deutlicher Erhöhung der Clostridien, welche erfahrungsgemäss Toxine bilden und, vor allem bei Leakygut, Fibromyalgien und andere entzündliche Reizprobleme verursachen könnten, (8) eine Prolaktin-Erhöhung unklarer Art und eine Erhöhung der FFH und LH trotz regelmässiger Menses und weitgehend normalen peripheren Hormonwerten (was für eine polyglanduläre, möglicherweise auch toxische oder Bakterien-toxische Störung spreche), (9) eine polyzystische Mastopathia cystica fibrosa bei unklarer Prolactin-Erhöhung sowie (10) eine Osteopenie (Urk. 7/84/3-4). Wohl würde jedes einzelne der beschriebenen Probleme allein keine Verminderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bedingen. Die Fälle der Probleme, insbesondere die polyglanduläre und toxische Problematik, können aber zu glaubhaften und dauerhaften Problemen im Sinne eines chronischen Müdigkeitssyndrom führen. Aus dieser Sicht beständen zwar multiple funktionelle Störungen, welche aber auch stoffwechselbedingt

erklärt werden könnten. Er empfehle, der Beschwerdeführerin weiterhin die Arbeitsunfähigkeit zuzugestehen und die erforderliche Behandlung, auch wenn sie alternativmedizinische Methoden beinhalte, zu übernehmen (Urk. 7/84/4).

4.2.1. E. ____, FMH Innere Medizin, vom RAD (Urk. 7/93/2) kann ohne Weiteres darin beiepflichtet werden, dass sich in somatischer Hinsicht aus den vorliegenden medizinischen Akten keine - neuen - Befunde und Diagnosen ergeben, welche sich massgeblich auf die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken könnten. So stellte B. ____, vom Spital L. ____, in seinem Bericht an Y. ____, vom 19. Juni 2009 fest, es beständen internistisch, radiologisch, echokardiographisch und laborchemisch keine Abnormitäten (Urk. 7/64/5). Die von C. ____, in seinem Bericht an die Beschwerdeführerin vom 19. August 2010 (Urk. 7/84/2) aufgeführten Diagnosen sind nicht geeignet, eine invalidenversicherungsrechtlich relevante (andauernde) Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Er hat ihr denn darin auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, sondern lediglich bemerkt, dass aufgrund dieser Diagnosen die von ihr beschriebenen Symptomaten bestätigt werden könnten. D. ____, von der Klinik N. ____, führte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2010 (Urk. 7/84/3-4) zwar zahlreiche Diagnosen, welche zu denjenigen in seinem Bericht vom 7. November 2007 (Urk. 7/49/19-21) dazu gekommen sein sollen, an. Unterzieht man die aufgelisteten Diagnosen einer genauen Betrachtung, ergibt sich indessen, dass die gesundheitlichen Störungen, welche diesen zugrunde liegen sollen, weitestgehend bereits im genannten Bericht vom 7. November 2007 erwähnt worden waren, ebenso auch im Bericht der Klinik N. ____, vom 31. März 2005 (Urk. 7/9/5-6; vgl. Urk. 7/49/19-20). Dies gilt namentlich auch für die von D. ____, in den Vordergrund gestellte polyglanduläre und toxische Problematik, welche ursprünglich für das - seitens der Klinik N. ____, bereits 2005 postulierte - Müdigkeitssyndrom sein soll (Urk. 7/84/4). Sodann hat D. ____, nach wie vor (vgl. Urk. 7/49/19-21 und Urk. 7/49/13) keine einzige nach einem anerkannten Klassifikationssystem gestellte Diagnose erhoben. Insbesondere stellt auch das von ihm (im Zusammenhang mit den ebenfalls läugnst aktenkundigen Darmstörungen) erstmals erhobene "Leakygut" ("Lücher im Darm") eine umstrittene und wissenschaftlich ungeklärte Diagnose dar (vgl. dazu unter http://en.wikipedia.org/wiki/Leaky_gut_syndrome).

E. 4.3

4.3.1. Das psychiatrische Gutachten von G. ____, vom 18. März 2010 (Urk. 7/81) basiert auf einer eigenen fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachterin hat detaillierte Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem hat sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem psychiatrischen Gutachten von G. ____, kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.1).

4.3.2. Die Gutachterin führte im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich der Begutachtung im psychopathologischen Sinne bis auf das weitschweifige formale Denken unauffällig präsentiert. Sie habe zu allen angebotenen Themen lebhaft, detailreich und zum Teil genussvoll, zu belastenden Themen und den Beschwerden aber durchaus adäquat leidend berichtet. Hinweise für eine etwaige affektive, psychotische oder Verhaltensstörung lägen nicht vor. Das Leiden am Leib

stehe absolut zentral. Aus psychiatrischer Sicht sei dieses Leiden ohne Zweifel einer Psychosomatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) zuzuordnen. Wie bei allen Somatisierungsstörungen/somatoformen Störungen gelte hier, dass das entscheidende Merkmal der Störung die übermässige Beschäftigung mit den multiplen wechselnden Beschwerden (mittlerweile auch fibromyalgieforme Schmerzen) sei, die als andauernd, schwer und quälend geschildert werden, durch einen physiologischen Prozess aber nicht vollständig erklärt werden könnten. Die Ätiogenese liege in den emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen, die oft unbewusst seien. Anlässlich der Begutachtung seien tatsächlich genügend biographische Belastungsmomente bzw. eine neurotische Konflikthaftigkeit ans Licht gekommen (Urk. 7/81/26). Eine differentialdiagnostisch zu erwägende primäre psychische Erkrankung (körperliche Beschwerden/Schmerzen als Ausdruck einer primär seelischen Krankheit wie einer primären, vorbestehenden schweren Depression, Schizophrenie oder langjährigen Konversionssymptomatik) lasse sich aufgrund der psychiatrischen Anamnese und Befunderhebung ausschliessen. Bis auf die anamnestisch kurze depressive Anpassungsstörung in psychosozialer Belastungssituation bei problematischer Teenagerschwangerschaft der Tochter mit illegalem Kindsvater seien keine etwaigen klinischen depressiven Phasen abzugrenzen. Schliesslich seien auch die bei einer somatoformen Störung bzw. Psychosomatisierungsstörung zu prüfenden Forderungskriterien nicht erfüllt. Weder liege eine erhebliche psychische Komorbidität noch eine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Ein sozialer Rückzug aus allen Lebenslagen sei keineswegs ausgewiesen (im Gegenteil reges sozial aktives Leben), und angesichts der nicht tiefgehenden therapeutischen Bemühungen (einjährige niederfrequente ambulante stützende psychiatrische Gesprächstherapie ohne Einsatz von Psychopharmaka oder gezieltem körperzentriertem Verfahren, keine psychosomatischen stationären Behandlungen, nur alternativmedizinische Behandlungsansätze mit ungenügender evidence-based Effektivität, einmaliges rein somatisch definiertes ambulantes kardiales Rehaprogramm) könne nicht von einem therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) gesprochen werden (Urk. 7/81/27). Damit sei auch die Überwindung der Beschwerden, um eine Arbeit aufzunehmen, zumutbar. Die Beschwerdeführerin selber zeige im Alltag im übrigen eine genügende und breitgefächerte Aktivität inklusive soziale Kompetenzen, welche diese Schlussfolgerung unterstütze (Urk. 7/81/31).

4.3.3.4 Diese Beurteilung von G.____ steht mit den Ergebnissen ihrer einschlässlichen Erhebungen, namentlich auch denjenigen zur Anamnese, der aktuellen Lebenssituation sowie zum Psychostatus (Urk. 7/81/2-17 und Urk. 7/81/22-24), in Einklang und erscheint überzeugend.

E. 4.4

4.4.1.1 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin enthalten die vorliegenden medizinischen Akten keine Angaben, welche die gutachterliche Schlussfolgerung zu widerlegen vermöchten.

So stimmen die von Z.____ in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 3. August 2009 (Urk. 7/65) gemachten Ausführungen zur persönlichen Anamnese, zur Krankheitsanamnese, zur sozialen Situation und zu den aktuellen Symptomen mit denjenigen im Gutachten überein, ebenso auch die von ihr gestellte Diagnose einer

Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0. Soweit Z.____ in diesem Bericht überhaupt objektiv eigene Befunde erhob, erweisen sich diese sodann ebenfalls als unauffällig (Die Patientin war stets allseits orientiert. Es bestehen keine kognitiven Störungen und keine psychotische Symptomatik. [Urk. 7/65/8]). Im übrigen hat sich Z.____ im Wesentlichen auf die Wiedergabe der Angaben der Beschwerdeführerin beschränkt. Zu den rechtsprechungsgemäss für die Annahme der invalidisierenden Wirkung einer Somatisierungsstörung erforderlichen Kriterien (vgl. Erwägung 1.1) hat sie sich - im Gegensatz zur Gutachterin - jedenfalls nicht im Einzelnen geussert. Ihre Einschätzung (70%ige Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich seit 2003 bis auf Weiteres resp. maximal 30%ige Arbeitsfähigkeit mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte) ist sodann nicht nachvollziehbar. Zum einen stand die Beschwerdeführerin erst ab September 2008 bei ihr in Behandlung. Zum andern verwies sie zur Begründung dieser Beurteilung im Wesentlichen auf die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (Erschöpfbarkeit mit stark reduzierter Leistungsfähigkeit, Krisen um die körperliche Symptomatik, stark eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie Kraftlosigkeit), welche aufgrund der vorliegenden objektiven Befunde aber eben nicht (vollständig) erklärt werden können.

4.4.2 Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, die Aussagen von G.____ gingen - wie schon diejenigen von F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom Zentrum K.____ - dahin, dass bei ihr ein unbewusstes Verhalten vorliege, welches therapeutisch nicht mehr angegangen werden könne (Urk. 1 Seite 5). Damit habe sich die Gutachterin nicht auseinandergesetzt. Mithin werde im Ergebnis die entscheidende Frage, ob es der Beschwerdeführerin durch eine zumutbare Willensanstrengung möglich wäre, die diagnostizierte Störung hinsichtlich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu überwinden, gar nicht beantwortet. Angesichts der klaren früheren fachärztlichen Aussagen wäre dies aber absolut notwendig gewesen. Eine Auseinandersetzung fehle auch bezüglich des Umstandes, dass nunmehr ein langjähriger Leidensweg vorliege, mit Konsultationen von immer wieder neuen Ärzten, welche in der Regel die geltend gemachten Beschwerden nicht hätten verifizieren können. Auch angesichts dieses Umstandes müsse von einer krankhaften, nicht therapierbaren Krankheitsüberzeugung ausgegangen werden (Urk. 1 S. 5).

Die dazu ist zunächst zu bemerken, dass die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen medizinischer Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht oder nicht ausreichend körperlich begründbar sind, gerade ein Charakteristikum somatoformer Störungen (F45) darstellt. Typisch für solche Störungen ist im Weiteren auch, dass, auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen, sich die betroffene Person gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren, widersetzt. Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist oft für Patienten und Arzt resp. Ärztin enttäuschend (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 7. Auflage, Bern 2010, Seite 198).

Das Vorliegen eines unbewussten Verhaltens sowie die fehlende Einsicht in die psychische Genese der Problematik gehören somit zum Krankheitsbild

somatoformer Störungen, begründen aber rechtsprechungsgemäss noch keine Invalidität. Vielmehr besteht die Vermutung, dass somatoforme Schmerzstörungen, worunter auch die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Somatisierungsstörung fällt, oder deren Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (Erwägungen 1.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der einlässlichen gutachterlichen Feststellungen kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die rechtsprechungsgemäss relevanten Kriterien, die einem adäquaten Umgang mit den geklagten Beschwerden entgegenstehen können, im Falle der Beschwerdeführerin nicht resp. jedenfalls nicht in genügend ausgeprägtem Ausmass vorhanden sind. So besteht - auch nach Auffassung von Z.____ - keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebliche körperliche Begleiterkrankungen sind nach dem Gesagten nicht ausgewiesen. Auch ein sozialer Rückzug aus allen Belangen des Lebens ist angesichts der offensichtlich intakten sozialen Kontakte der Beschwerdeführerin sowie ihrer umfangreichen (auch körperlichen) Aktivitäten (Urk. 7/81/15-17) klar nicht gegeben. Auch die Kriterien des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person sowie des verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlaufes einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn [vgl. Erwägung 1.1]) sind nicht erfüllt. Wohl unterzog sich die Beschwerdeführerin ab dem 24. September 2008 bei Z.____ einer ambulanten Psychotherapie (Urk. 7/65/8). Bei dieser handelte es sich indessen um eine blossе Gesprächstherapie ohne Einsatz von Psychopharmaka. Ausserdem fand die Therapie nur alle zwei bis drei Wochen statt und wurde von der Beschwerdeführerin bereits nach knapp einem Jahr aus eigener Initiative abgebrochen (Urk. 7/81/14). Wohl bemerkte Z.____ in ihrem, offenbar kurz vor Abbruch der Behandlung verfassten Bericht vom 3. August 2009, es bestehe bei der Beschwerdeführerin keine Einsicht darüber, dass eine psychotherapeutische Bearbeitung ihrer seelischen Verfassung bzw. ihres Umganges mit den Symptomen zu einer Verbesserung der Gesamtsituation beitragen könnte. Die Beschwerdeführerin bestehe darauf, unter keinerlei psychischen Problemen zu leiden, was aus psychiatrischer Sicht zu einer schlechten Prognose führe (Urk. 7/65/8). Andererseits hielt Z.____ zur Frage der Beschwerdegegnerin nach Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung/Empfehlungen für die zukünftige Therapie (Urk. 7/65/3) aber fest, empfohlen sei im Sinne eines langlangen Atems die Weiterführung der bisherigen Behandlung in Absprache mit dem Hausarzt und allfälligem Spezialisten mit dem Fernziel der Lockerung der Fixierung der Beschwerdeführerin auf ihre somatische Symptomatik und der Möglichkeit des Einbezugs psychodynamischer Komponenten ihres Leidens (Urk. 7/65/8). Auch A.____ vertrat in seinem Bericht vom 4. Juni 2010 die Auffassung, dass eine Psychotherapie bei einem in der Behandlung psychosomatischer Störungen erfahrenen Therapeuten empfehlenswert sei, welcher der Beschwerdeführerin mit entsprechenden Therapiemethoden helfe, sich ihrer eigenen Gefühlswelt, Ängsten, Wünschen und Bedürfnissen besser bewusst zu werden. Dabei geht auch A.____ von einer langwierigen Therapie aus (Urk. 7/82/4). Schliesslich ist in Betracht zu ziehen, dass sich die Beschwerdeführerin bislang ausschliesslich in ambulantem Rahmen behandeln liess. Sie hat demnach die zur Behandlung der Somatisierungsstörung möglichen und zumutbaren medizinischen Massnahmen noch bei weitem nicht voll ausgeschöpft. Dies ist im

Ähnlichen auch deshalb relevant, weil im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz "(Selbst-)Eingliederung vor Rente" gilt. Nach diesem aus der allgemeinen Schadenminderungspflicht fliessenden Grundsatz hat die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Deshalb besteht kein Rentenanspruch, wenn die versicherte Person selbst ohne Eingliederungsmassnahmen zumutbarerweise in der Lage wäre, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Kann die versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Voraussetzung für jegliche Leistung der Invalidenversicherung fehlt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 7. Juni 2006 in Sachen N., I 816/05, E. 2.2, mit Hinweisen).

4.4.3.1 Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass die von A. in seinem Bericht an Y. vom 4. Juni 2010 (Urk. 7/82) vorgenommene Einschätzung (50%ige Leistungsfähigkeit) aufgrund seiner weiteren Feststellungen - ebenfalls - nicht nachvollziehbar ist, zumal auch er im Wesentlichen eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 diagnostiziert und das Vorliegen einer ausgeprägten psychischen Komorbidität ausdrücklich verneint hat (Urk. 7/82/3). Zu den besagten weiteren Kriterien, die einer Überwindung der Somatisierungsstörung oder ihrer Folgen entgegenstehen könnten, hat er sich nicht ausgesprochen. Auch dieser Bericht ist deshalb nicht geeignet, die überzeugenden gutachterlichen Schlussfolgerungen zu widerlegen. Da sich aus seinem Bericht ferner keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im März 2010 verschlechtert haben könnte, kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 Seite 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht nach wie vor zuzumuten ist, ganztags einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1) - unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2006 in Sachen L., 8C_468/2007, E. 5.5.2, mit Hinweisen).

4.5.1 Es ergibt sich somit, dass weiterhin keine anspruchsbegründende Invalidität besteht. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

5.2 Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.1 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:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel 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).

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