

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00541 vom 21. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00541

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00541 du 21 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00541 del 21 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 19 63, arbeitete seit August 2000 als selbstständig erwerbstätige Englisch lehrerin

in ihrem Einzelunternehmen

Y.____

(Urk. 8 / 11, Urk. 10). Am

8. Februar 2012 (Urk. 8/11) meldete sie sich – nach erfolgter Früherfassung (Urk. 8 /

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, 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 ausgeglichenen 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

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen

des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352; vgl. auch BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronischer

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related Fatigue stellt (BGE 139 V 346

E. 3 mit Hinweisen).

„Burn out“ als solches fällt nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die Abklärungsberichte der

Z.____ vom 9. Juli und von Dr. med. B.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik A.____ , vom 14. Juni 2012 ,

dafür, es habe kein lang andauernder Gesundheitsschaden objektiviert werden können, welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchte; die vorliegende Diagnose gehöre zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe in bisheriger bereits leidensangepasster Tätigkeit als Englischlehrerin keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1 Ziff. 7 S. 11), der Sachverhalt sei unvollständig erhoben worden. Obwohl der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 6. November 2012 empfohlen habe, einen psychiatrischen Verlaufsbericht einzuholen und eine erneute Prüfung der Arbeitsfähigkeit in einem halben Jahr nach Beginn des intensiven tagesklinischen Programms vorzunehmen, sei die Verfügung bereits am 8. Mai 2013 erlassen worden. Zu diesem Zeitpunkt sowie für mindestens zwei weitere Monate habe sie sich in einem

intensiven

tagesklinischen Programm in

C.____ befunden. Hinzu komme, dass die Berichte der D.____ im Feststellungsblatt vom 8. Mai 2013 nicht berücksichtigt worden seien. Insbesondere werde keinerlei Bezug genommen auf die Berichte der D.____ vom 25. sowie vom 26. März 2013. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Sachverhalt durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt worden ist beziehungsweise ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 3. 3.1

Im Austrittsbericht vom 23. September 2011 über den stationären Aufenthalt vom 20. bis 22. September 2011 (Urk. 8/23/19-20) diagnostizierten Dr. med. E.____ , Leitender Arzt Medizin, und Dr. med. F.____ , Assistenzärztin, Spital C.____ , eine unklare Müdigkeit und Nachtschweiss, differentialdiagnostisch im Rahmen einer Cytomegalievirus (CMV)-Infektion, sowie einen grenzwertigen Vitamin B12-Mangel, aber keine perniziöse Anämie.

Die Sachverständigen hielten fest, eine Depression habe durch die zugezogene psychiatrische Konsiliarärztin des G.____ ausgeschlossen werden können. Die Ursache der Müdigkeit und Schwäche bleibe unklar. Es könne sich um einen prolongierten Verlauf einer CMV-Infektion handeln. Differentialdiagnostisch könne es sich auch um ein prämenopausales Syndrom handeln. Gemäss Beschwerdeführerin sei sie diesbezüglich aber bereits abgeklärt worden. 3.2

Im Bericht vom 23. Februar 2012 (Urk. 8/23/5-10, vgl. dazu auch Urk. 8/21/6-7, Urk. 8/26/2-3) berichtete Dr. med. H.____ , Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Ärztin für Biologische Medizin, Paracelsus Clinica al Ronc, über den stationären Aufenthalt vom 3. bis 24. Januar 2012 und nannte als Diagnose ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 T73.3).

Dr. H.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin habe seit November 2011 einen verschlechternden Allgemeinzustand, welcher sich im Rahmen von Kopfschmerzen,

generalisierten Glieder schmerzen, Brennen in den Beinen, Konzentrations- und Schlafstörungen äussere, beschrieben. Bei der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt in der Klinik attestierten sie ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 90 % bis zum 29. Februar 2012. Danach sollte aus hausärztlicher Sicht über eine weitere, langsame Integration neu entschieden werden. 3.3

Im undatierten Bericht (Dokumenten-Eingangsdatum: 6. März 2012, Urk. 8/23/1-4) nannte die behandelnde

Dr. med. I.____, Fachärztin Innere Medizin FMH, einen Zustand nach einer CMV-Infektion mit ausgeprägtem Erschöpfungssyndrom und einen Zustand nach Epstein-Barr-Virus (EBV)-Infektion bei einem körperlich unauffälligen Untersuchungsbefund und attestierte folgende Arbeitsunfähigkeiten: 50 % vom 10. Januar bis 19. September 2011, 100 % vom 20. bis 22. September 2011, 80 % vom 23. September 2011 bis 2. Januar 2012, 100 % vom

3. bis 31. Januar 2012 und 90 % vom 1. Februar bis 31. März 2012.

Als Einschränkungen hielt Dr. I.____ einen körperlichen Erschöpfungszustand, „keine Belastbarkeit“ und Konzentrationsstörungen fest. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch in einem zeitlichen Rahmen von 10 %

und eine behinderungsangepasste Tätigkeit noch zu drei bis vier Stunden pro Woche zumutbar. Wann und in welchem Umfang mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit zu rechnen sei, sei derzeit nicht absehbar. 3.4

3.4.1

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Juni 2012 (Urk. 8/43/1-7) hielt Dr. B.____, Chefarzt, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Klinik A.____, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach einer Anpassungsstörung mit kürzerer depressiver Reaktion Anfang 2011, gegenwärtig vollständig remittiert. Die Beschwerdeführerin sei sowohl in bisheriger (angestammter) als auch in adaptierter Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

Dr. B.____ führte in seiner Beurteilung aus (S. 5 f.

Ziff. 6), die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich der Untersuchung vom 25. Mai 2012 in psychopathologischer Hinsicht ganz unauffällig präsentiert, so

dass ihr gegenwärtig auch keine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 habe gestellt werden könne. Obwohl die Beschwerdeführerin testpsychologisch eine leichte Inkonsistenz bezüglich Testbeurteilungstempo und Sorgfalt aufgewiesen habe, die keiner psychiatrischen Erkrankung nach ICD-10 zugeordnet werden könne, könnten die Testergebnisse bei objektiv vollständig erhaltenen psychokognitiven Funktionen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht berücksichtigt werden. Die berufliche Eingliederung könne aus psychiatrischer Sicht jederzeit und ohne Einschränkung erfolgen (S. 7 Ziff. 8.2). 3.4.2

Am 14. und 15. Mai 2012 wurde die Beschwerdeführerin mittels funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) untersucht. Die Abklärung umfasste ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung, eine angepasste Form der Evaluation der

arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; verteilt auf zwei Tage) sowie die Beurteilung der

bildgebenden Untersuchungen und Akten. Die Sachverständigen des Z.____ nannten im Gutachten vom 9. Juli 2012 (Urk. 8/43/ 8-28) folgende Diagnosen (S. 1) :

Unklares Müdigkeits-/ Erschöpfungssyndrom bei/mit - Differentialdiagnose: im Rahmen eines prolongierten Verlaufs nach einer CMV -Infektion - hormoneller Dysbalance im Rahmen eines prämenopausalen Syndroms - psychischer Genese

Als psychiatrische Diagnose erwähnten sie einen Status nach einer Anpassungsstörung mit kürzerer depressiver Reaktion (Anfang 2011).

Die Z.____ - Gutachter hielten in ihrer Beurteilung fest (S. 2) , dass sich anlässlich der aktuellen Untersuchung eine Müdigkeit und eine rasche Erschöpfbarkeit, auch im somatischen Sinn, gezeigt hätten . Klinisch habe sich bei der aktuellen Untersuchung eine Beschwerdeführerin in gutem Allgemein- und Ernährungsstatus mit weder internistischen noch rheumatologischen pathologischen Befunden gezeigt. Auch anamnestisch habe nichts auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung hingewiesen. Aus psychiatrischer Sicht habe sich von Februar bis zirka April 2011 eine Anpassungsstörung mit kürzerer depressiver Reaktion finden lassen. Ansonsten bestehe keine psychiatrische Erkrankung, die einer vollen Arbeitsfähigkeit entgegen stehen würde.

Aus interdisziplinärer

(somatisch-rheumatologischer und psychiatrischer) Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

Für eine anderweitige, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit bestehe aus rein muskuloskelettaler , rheumatologisch-orthopädischer Sicht ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 6 ff.) . 3. 5

Dr. med. J.____ , Oberarzt, und pract . med. K.____ , Assistenzärztin, L.____ , Klinik für Neurologie, Neurologische Poliklinik , stellte am 6. November 2012 (Urk. 8/52/4-6, vgl. dazu auch Urk. 8/52/7-9) folgende Diagnosen: 1. Psychomotorische Verlangsamung und subjektive Gedächtnisstörung - ätiologisch offen, differentialdiagnostisch im Rahmen der Diagnose zwei und drei 2. Depressive Episode 3. Chronisches Fatigue Syndrom - seit Februar 2010, Kriterien gemäss CDC erfüllt - diverse Abklärungen laufend oder abgeschlossen: Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie - positive CMV und EBV Serologie (IgM negativ) - Status nach einem Erschöpfungssyndrom nach Salmonelleninfekt im Jahr 1992 bis 1997 - Differentialdiagnose: Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

Dr. J.____ und med. pract . K.____ hielten gestützt auf die magnetresonanztomographische Untersuchung vom 20. September 2012 sowie die Liquordiagnostik vom 21. September 2012 nur unauffällige Befunde fest. Differentialdiagnostisch

interpretierten sie die Vergesslichkeit und psychomotorische Verlangsamung am ehesten im Rahmen einer „ Pseudodemenz “ bei einem Verdacht auf eine depressive Episode . 3.6

Im ärztlichen Verlaufsbericht vom 2. Februar 2013 (Urk. 8/52/2-3) berichtete Dr. I.____ von einem seit Mai 2012 verschlechterten Gesundheitszustand. Es bestünden

Rückenschmerzen, Schmerzen im rechten Bein, eine Müdigkeit, Kopfschmerzen, Erstickungsgefühle mit Globusgefühl, Doppelbilder und Konzentrationsstörungen mit Muskelschwäche, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Obwohl der Beschwerdeführer eine gute Prognose gestellt werden könne, sei mit einem langen Heilungsprozess zu rechnen. Sie sei in ihrer zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit, die angepasst sei, seit 1. September 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in Bezug auf die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsunfähig.

3.7

Im Bericht vom 26. März 2013 (Urk. 8/58/2-4, vgl. dazu Urk. 8/56) zu Händen des Unfallversicherers berichteten med. pract. M.____,

Oberärztin, und lic. phil. N.____, Psychologin, vom

G.____,

D.____,

die Beschwerdeführerin fühle sich innerlich weiterhin unruhig und leide unter Durchschlafstörungen. Sie leide weiterhin an Gliederschmerzen und Allodynie, unter vermindertem Antrieb und Konzentrationsstörungen sowie Gedächtnisverlust, was sie als äußerst qualvoll erlebe. Sie sei rasch erschöpft, die körperliche Schwäche zeige sich auch noch einen Tag nach körperlicher Belastung. Ferner sei sie durch die Erkrankung sozial stark isoliert, was sie psychisch ebenso belastet. Seit dem 28. Februar 2013 nehme sie nun zur Intensivierung der Behandlung an vier halben und einem ganzen Tag am Programm der Tagesklinik teil. Als zukünftiger Behandlungsplan sei die Teilnahme am tagesklinischen Programm zur weiteren Stabilisierung und sobald möglich parallel dazu ein Beginn mit ein bis zwei Stunden Arbeitstätigkeit vorgesehen. Prognostisch sei von einer günstigen Entwicklung des Therapieverlaufes auszugehen. Die Intensivierung der Behandlung durch die Teilnahme am tagesklinischen Programm sollte

dem Gesundheitszustand förderlich sein. Wichtig seien ein sorgsamer Umgang mit Ressourcen und Kräften und ein Ausgleich zur Arbeit, ebenso die Delegation von Verantwortung an Mitarbeiter. Im Hinblick auf eine Heilung lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Vorhersage treffen. Der letzte Arbeitsplatz sei der gesundheitlichen Einschränkung insofern angepasst, als dass die Beschwerdeführerin das Arbeitstempo selbst wählen könne und dies auch in den vergangenen zwei Jahren so gehandhabt habe. Aktuell versuche sie, ein bis zwei Stunden pro Woche zu arbeiten. Arbeitstempo, Belastbarkeit, Konzentration, Pünktlichkeit, Flexibilität und Gedächtnisstörungen würden eine (auch teilweise) Arbeitsaufnahme verunmöglichen. Sowohl für die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit als auch

für eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % vor.

3.8

Im Bericht vom 5. Juni 2013 (Urk. 3/3) diagnostizierten med. pract. M.____ und Psychologin N.____,

G.____,

D.____, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.1), ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0), ein mild cognitiv

Impairment (ICD-10 F 07.8; Erstdiagnose im September 2012), eine traumatische Erfahrung in der Kindheit (ICD-10 Z61) und einen Verdacht auf ein postvirales Müdigkeitsyndrom nach einer CMV/EBV-Infektion (ICD-10 G93.3) seit Herbst 2010.

Die Sachverständigen hielten fest, die Beschwerdeführerin sollte nach Austritt aus der Tagesklinik zu 30 % arbeitsfähig sein mit einem Steigerungspotenzial bis 50 % . Allerdings sei ein Bautraining im Sinne eines schrittweisen Vorgehens nach der langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit notwendig. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt sei wahrscheinlich. Zurzeit komme sie an sechs Halbtagen zu je drei Stunden in die Tagesklinik. Mit ihren administrativen Aufgaben zuhause und bei der Haushaltsführung neben der Tagesklinik wirke sie überfordert. Seit Eintritt in die Tagesklinik habe sich an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nichts verändert. Es sei zu einer leichten Besserung der Befindlichkeit gekommen. Bei Arbeiten brauche sie viel Support und Impuls von aussen. Sie wirke sehr unsicher, zum Teil überfordert, zeige daneben auch ein abhängiges Verhalten. 3.

E. 6

) – unter Hinweis unter anderem auf eine Virusinfektion sowie Erschöpfung bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (berufliche In te gra tion/Rente) an. Die IV-Stelle holte die Akten des Krankentagegeldversicherers ein und traf

berufliche sowie medizinische Abklärungen . Mit Vorbescheid vom 9. August 2012 (Urk. 8/35) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen die Versicherte Einwendungen (Urk. 8/38) erhob. In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen . Ferner gingen die Akten des Unfallversicherers bei der IV-Stelle ein (Urk. 8/43, Urk. 8/52), darunter ein interdisziplinäres Gutachten der Z.____ vom 9. Juli respektive der Klinik A.____ vom 14. Juni 2012 (vgl. dazu Urk. 8/43/1-28) .

Am 22. April 2012 (Urk. 8/61) forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, sich zu den weiteren Abklärungen zu äussern. Die Versicherte liess sich nicht vernehmen. Mit Verfügung vom 8. Mai 2013 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung.

2.

Dagegen erhob die Versicherte am 10. Juni 2013 (Urk. 1) unter Beilage verschiedener Berichte (Urk. 3/3-5) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Rückweisung der Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz wegen unvollständiger Erhebung des Sachverhaltes. Ferner beantragte sie die Zusprache

einer aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation abgestufte n angemessene n Rente der Invalidenversicherung, jedoch mindestens eine halbe Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. August 2013 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde , was der Beschwerdeführerin am 15. August 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 9

Am 5. Juni 2013 (Urk. 3/4) berichtete Dr. I.____, die vorbestehende Rückenproblematik der Beschwerdeführerin

habe sich im Anschluss an die Untersuchung vom 14. und 15. Mai 2012 im Z.____, anlässlich welcher der Beschwerdeführerin von der Physiotherapeutin Gewicht- und Hebeübungen aufgetragen worden seien, stark verschlechtert, so dass ihr eine Chirotherapie und eine Physiotherapie verordnet werden müssen. Die Beschwerdeführerin befindet sich noch immer in Therapie und habe weiterhin muskuläre Schmerzen, insbesondere im Rücken und im rechten Bein. 3.

E. 10

Dr. O.____,

Chiropraktor SC G/ECU, diagnostizierte am 4. Juni 2013 (Urk. 3/5) ein oberes Zervikalsyndrom, einen thorakolumbalen Morbus Scheuermann, eine rechtskonvexe

skoliotische lumbale Fehlhaltung mit belastungsabhängiger

Radialgie ins rechte Bein und ein Chronisches

Fatigue-Syndrom bei einem Zustand nach einer CMV- und EBV-Infektion im Jahr 2010.

Dr. O.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin habe über hochzervikale Spannungen/Blockaden mit Ausstrahlungen in den Kiefer, die auch zu episodischen occipitofrontalen Kopfschmerzen führten, geklagt. Sie leide auch oft unter interscapulären Schmerzen, exazerbiert nachts beim Drehen und längerem Liegen (Druckgefühl) ohne Ausstrahlung in die Arme. Zusätzlich bestünden rezidivierende Schmerzen mit einer Radialgie ins rechte Bein maximal bis zur Ferse, exazerbiert nach Belastung und infolge Überlastung nach einer externen arbeitsmedizinischen Abklärung. Allgemein bestehe ein Erschöpfungszustand (CFS), was zu einer verminderten Belastbarkeit führe und

häufig panvertebrale Verspannungen auslöse. Dafür sei sie in kompetenter Behandlung bei der D.____.

Die Beschwerdeführerin habe initial gut auf die Therapie reagiert. Die Radialgie im rechten Bein hätte abgenommen und träte nun nur noch selten gluteal bis maximal zum rechten Knie auf. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien bei grösseren Belastungen spürbar (zum Beispiel bei längeren Autofahrten), ab und zu trete nachts noch ein Druckgefühl im Bereich der Brustwirbelsäule auf. Subjektiv habe sich der Erschöpfungszustand leicht gebessert. Eine verminderte Belastbarkeit bestehe aber noch. Bei einer Zunahme der Radialgie im rechten Bein werde eine genauere Abklärung mittels Magnetresonanztomographie empfohlen. 4. 4.1

Für die Frage, ob beziehungsweise inwieweit die Beschwerdeführerin in ihrem Leistungsvermögen eingeschränkt ist, kann auf das biomedizinische

Z.____ - Gutachten vom 9. Juli 2012 (inklusive psychiatrisches Teilgutachten von Dr. B.____ vom 14. Juni 2012) abgestellt werden (E. 3.4.1-2). Es ist für die Beantwortung der sich hier stellenden Fragen umfassend und gibt namentlich Auskunft über die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer

Verweistätigkeit.

Die Expertise basiert auf einlässlichen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem

Verhalten der Beschwerdeführer in auseinander. Ferner wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt.

Das Gutachten wurde weiter in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben.

Im Einzelnen wurde nachvollziehbar dargestellt, dass sich trotz leichter Inkonsistenzen bezüglich Arbeitstempo und Sorgfalt bei objektiv vollständig erhaltenen psychokognitiven Funktionen und bei unauffälliger Präsentation anlässlich der Untersuchung in psychopathologischer Hinsicht weder

eine Arbeitsunfähigkeit attestiert noch eine psychiatrische Diagnose gestellt werden konnte. Die Schlussfolgerungen, wonach die Beschwerdeführer in ausbidisziplinärer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei, sind auch vor dem Hintergrund, dass aufgrund des EFL-Tests einzig eine verminderte Kraftausdauer der Rumpf- und Beinmuskulatur objektiviert werden konnte, plausibel.

Auch im Austrittsbericht vom 23. September 2011 (E. 3.1) schloss die zugezogene psychiatrische Konsiliarärztin des G.____ eine Depression aus.

Das Z.____ - Gutachten vom 9. Juli 2012

(inklusive das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B.____, vom 14. Juni 2012) entspricht damit den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise (E. 1.4).

4.2

Was den Bericht von med. pract. M.____ und lic. phil. N.____

(E. 3.8) anbelangt, so ist in Bezug auf die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.1), festzuhalten, dass diese

praxisgemäss als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare an dauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet wird (Entscheid des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2) und deren Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit aus objektiver Sicht grundsätzlich als überwindbar zu betrachten ist (vgl. dazu etwa den Entscheid des Bundesgerichts 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2 mit Hinweisen), handelt es sich doch um ein therapeutisch angehebares und damit grundsätzlich nicht in validisierendes psychisches Leiden.

Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb das vorliegende Leiden im Sinne der Rechtsprechung nicht überwindbar sein soll. Ebenso wenig fallen die genannten Diagnosen eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0) und einer traumatischen Erfahrung in der Kindheit (ICD-10 Z61) als Z-Diagnosen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Bezüglich des genannten mildkognitiv

Im pairments (ICD-10 F07.8) ist festzuhalten, dass nicht nur Dr. B.____

–

abgesehen von den Testresultaten - unauffällige psychokognitive Funktionen festhielt, sondern auch Dr. J.____ und med. pract. K.____ aus neurologischer Sicht einzig subjektive Gedächtnisstörungen als Diagnose nannten.

4. 3

Bezüglich der Einschätzung von Dr. H.____

(E. 3.2 hievor) ist festzuhalten, dass es gestützt auf die erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar ist, weshalb die Beschwerdeführerin nach Austritt aus der Klinik bis zum 29. Februar 2012 im Umfang von 90 % arbeitsunfähig sein soll, wurden doch keine konkreten funktionellen Einschränkungen geschildert, die eine solche Beurteilung rechtfertigen würde. 4. 4

Auch die abweichende Einschätzung von Dr. I.____ (E. 3.3)

vermag angesichts der diskreten Befund schilderung nicht zu überzeugen. Widersprüchlich und nicht nachvollziehbar ist zu dem, dass die Beschwerdeführerin bei einem körper lich unauffälligen Befund auf grund eines körper lichen Erschöpfungszustandes sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als auch in be hinderungs an ge passter Tätig keit generell in ihrer Arbeitsfähigkeit einge schränkt sein soll.

Im Übrigen darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten, der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hin blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 4. 5

Bezüglich des Berichtes vom 4. Juli 2013 (E. 3.10)

ist festzuhalten, dass Chiropraktor

O.____ lediglich Diagnosen nannte, ohne nähere Angaben zu funktionellen Einschränkungen in bisheriger oder

be hin derungs angepasster Tätig keit zu machen.

Anzumerken bleibt diesbezüglich ferner , dass

die Z.____ - Gutachter die

Rücken problematik

aufgrund des EFL-Tests in ihre Beurteilung miteinbezogen hatten , evaluierten sie doch ein Belastungsprofil für leic hte bis mittel schwere Arbeiten (vgl. dazu Urk. 8/43 Ziff. 3.3 und 6.2) und erachteten zudem die bisherige Tätig keit auch aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht als zumutbar (Urk. 8/43 Ziff. 3.2 und Ziff. 6.1).

Selbst wenn man von einem Zervikalsyndrom und einem CFS

ausginge , so ist diesbezüglich festzuhalten, dass Beein trächtigungen aufgrund eines pathoge netisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Be schwerde bildes ohne nachweisbare organische Grundlage nur dann eine Invalidität be gründen könn t en, wenn ent weder eine erhebliche psychische Komorbidität be steht oder be stimmte andere Kriterien erfü llt sind (vorstehend E. 1.2). Da vor liegend weder eine erhebliche psychische Komorbidität zu be jahren ist noch die alternativen Kriterien erfüllt sind, vermö ch ten die genannten Beein trächtigungen auch keine versicherungs relevante Arbeits unfähigkeit zu be grün den (vgl. im Folgenden E. 4.9) .

4. 6

A uch Dr. J.____ und pract . med. K.____

nannten in ihrem Bericht vom 6. November 2012 lediglich Diagnosen, ohne nähere Angaben zu funktionellen Einschränkungen beziehungsweise zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger sowie beziehungsweise angepasster Tätigkeit zu machen (E. 3.5). 4.7

Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Einwände vermögen den Beweiswert des Z.____ - Gutachtens ebenfalls nicht zu entkräften:

Die Beschwerdeführerin machte sinngemäss geltend, die Verfügung sei zu früh erlassen worden, da der RAD eine erneute Überprüfung der Arbeitsfähigkeit in einem halben Jahr empfohlen habe, nachdem sie das tagesklinische Programm durchlaufen habe. In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist fest zu halten, dass der RAD eine Neu Beurteilung bereits in drei Monaten empfohlen hat (Urk. 8/62 S.

3).

Dies gestützt auf die Einschätzung der Sachverständigen des G.____, D.____, vom 25. Februar 2013

(Urk. 8/51), welche ihrerseits eine erneute Überprüfung der Arbeitsfähigkeit in einem halben Jahr nahegelegt hatten. In der Folge bezogen die RAD-Ärzte die invaliditätsversicherungsrechtliche Relevanz miteinander und sahen – zu Recht – von der Einholung weiterer Berichte ab (Urk. 8/62 S. 4).

Die Beschwerdeführerin monierte weiter, in den Feststellungsblättern vom 8. Mai 2013 (Urk. 8/62) seien die Berichte der D.____ vom 25. und 26. März 2013 nicht berücksichtigt worden. In diesen Berichten sei ihr ab 1. März 2013 eine 50%ige und während der intensiven tagesklinischen Behandlung eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Ferner habe den Berichten auch entnommen werden können, dass die Dauer des Tagesklinikaufenthaltes noch nicht abgeschlossen worden sei und sie sich auch noch weiterhin für mindestens zwei Monate in einem intensiven tagesklinischen Programm in C.____ befunden habe (Urk. 1 S. 7 f.). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es zwar zutrifft, dass sich die Beschwerdeführerin vor und während Erlass der Verfügung in intensiver tagesklinischer Behandlung befunden hatte und die Berichte nicht in den Feststellungsblättern aufgeführt sind.

Weil laut bundesgerichtlichen Rechtsprechung aber eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung

grundsätzlich keine

invaliditätsversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung mit Krankheitswert darstellt, kann die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. dazu auch 4.2).

4.8

Nach dem Gesagten ist auf das Z.____ - Gutachten vom

9. Juli 2012 (inklusive psychiatrisches Teilgutachten von der Klinik A.____ vom 14. Juni 2012) abzustellen. Der medizinische Sachverhalt ist als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführerin in so wohl in bisheriger wie auch in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 100%

arbeitsfähig ist. Von weiteren Abklärungsmassnahmen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. 4.9

Auch wenn man auf die (abweichenden) Einschätzungen der behandelnden Ärzte abstellen wollte, ergäbe sich kein anderes Resultat. Die im Vordergrund stehende Erschöpfungsproblematik (ICD-10 G93.3, E. 3.8) wird von der Rechtsprechung entsprechend der im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze behandelt (BGE 130 V 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2013 vom 25. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts einer fehlenden Komorbidität und der offensichtlich nicht gegebenen weiteren Kriterien (keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen; [noch] kein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf, kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung; [noch] kein definitives Scheitern konsequent durchgeführter Behandlungen auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) ist die Problematik als überwindbar einzustufen und erübrigen sich Weiterungen.

5.

Was die erwerbliche Seite angeht, ist die bisherige Tätigkeit als Englischlehrerin und Schulmanagerin der Beschwerdeführerin weiterhin zumutbar (vgl. dazu Urk. 8/43 Ziff. 6.1-2).

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in ursprünglicher und angepasster Tätigkeit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 6.

Damit erweist sich die rentenabweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Mai 2013 (Urk. 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- fest zu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unterliegenden Beschwerdeführerin zu tragen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ervin Deplazes - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Dietrich

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