

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00619 vom 20. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00619

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00619 du 20 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00619 del 20 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1965 geborene X.____ war als Betreuerin in einem Behindertenheim

zu einem Pensum von 55 % erwerbstätig, als sie sich am 5. Mai 2005 wegen eines Schilddrüsenleidens

zum ersten Mal bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/2, Urk. 7/8 S. 2). Mit Verfügung vom 27. Februar 200

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). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

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 betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, 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. Andernfalls 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. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Zu erwähnen bleibt, dass das Bundesgericht zwischenzeitlich zur Invalidisierung den Wirkung psychosomatischer Leiden das Grundsatzurteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gefällt hat. 2.

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass kein dauerhafter Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung auszuweisen sei. Verdachtsdiagnosen wie jene einer Somatisierungsstörung vermöchten keine Leistungen der Invalidenversicherung auszulösen. Eine eindeutige psychiatrische Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei aus fachpsychiatrischer Sicht weiterhin nicht gesichert (Urk. 2, vgl. auch Urk. 6).

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 6. Juni 2014 auf den Standpunkt, dass ihr Gesundheitszustand ein Arbeitspensum von mehr als 30 % nicht zulasse. Ein Erlebnis vor einem guten Jahr zuvor habe sehr Vieles in ihr aufgewühlt und Ängste freigesetzt (Urk. 1). 3.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung (vgl. E. 1.3 hier vor) bildet die leistungsabweisende Verfügung vom 27. Februar 2006, im Rahmen derer eine Arbeitsunfähigkeit verneint wurde (Urk. 7/29; vgl. Feststellungsblatt vom 27. Februar 2006, Urk. 7/28).

Grundlage dieses Entscheids bildeten Berichte von Dr. med. Y.____, Fachärztin für Endokrinologie und Diabetologie, vom 19. Juli 2005 (Urk. 7/12), von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. August 2005 (Urk. 7/13), des A.____, Medizinische Klinik, vom 3. Januar 2006 (Urk. 7/25/1-7) sowie von Dr. med. B.____, Facharzt für Endokrinologie und Diabetologie, vom 10. Februar 2006 (Urk. 7/27), worin

unter Verneinung einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

folgende Diagnosen gestellt wurden: - Leichte Hyperthyreose (Erstdiagnose Februar 2004)
- Normalisierung der Schilddrüsenwerte unter Neomercazol -Therapie - Status nach Radiojodtherapie am 1. November 2004 eines Morbus Basedow - Funktionelle Überlagerung seit Februar 2004 - Erschöpfungszustände bei endokrinologischer Erkrankung - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) 4. 4. 1

Nach Eingang der Neuanmeldung vom 4. April 2013 (Urk. 7/32) zog die Beschwerdeführerin die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/38/1). Darin findet sich unter anderem ein Bericht des Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, vom 13. April 2012 (Urk. 7/38/11-12). Der Neurologe gab an, die Beschwerdeführerin am 11. April 2012 konsiliarisch neurologisch und elektro physiologisch untersucht zu haben. Diese Exploration habe ein zervikales Syndrom C6 mit relativ prompter Reizung der Nervenwurzel bei Kopfreklination und Rotation gezeigt. Nach einer bereits einjährigen Leidensgeschichte rechne er kaum mehr mit einer spontanen Besserung. Der Zeitpunkt einer Intervention sei sicher nicht überschritten, da vorderhand keine sicheren motorischen Defizite und keine Denervationspotentiale in der betroffenen peripheren Muskulatur vorlägen, so dass er auf Wunsch der Patientin nochmals eine konservative pharmakologische Behandlung verordnet habe. Sollten auch diese Bemühungen keine anhaltende Linderung bringen, wäre eine dekompresive Intervention die beste Therapie. 4.2

Eine am 1. März 2013 im A.____ durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) ergab gemäss Bericht vom gleichen Tag (Urk. 7/45/14-15) einen kongenital engen Spinalkanal und foramina

intervertebralia mit hochgradigen
osteodiskalen

Foramenstenosen

C4/5, C5/6, C6/7 auf der linken Seite bei Unkarthrose und foraminalem

Diskusprotrusionen auf den Niveaus C4/5 und C6/7, so dass Kompressionen der Wurzeln C5, C6 und C7 links resultieren. Auf der rechten Seite habe keine klinisch relevante Foramenstenose erhoben werden können. Es bestehe eine fokale Diskusprotrusion median auf dem Niveau C5/6 mit lokaler Eindellung des Duralsackes; es sei lokal eine deutliche Duralsackeinengung nachweisbar, ohne dass eine Signalstörung im Myelon vorhanden sei. 4.3

Gemäss Bericht von Dr. med. D.____, Chefarzt am A.____, Departement Medizin, Neurologie, vom 5. März 2013 (Urk. 7/45/11-13) konnte die Beschwerdeführerin am 28. Februar 2013 beim Morgenessen in E.____

den linken Arm trotz Schmerzfreiheit und erhaltener Sensibilität plötzlich nicht mehr heben. Bei an den oberen Extremitäten symmetrisch

normal erhaltenen Muskeleigenreflexen mit jedoch ausgedehnter Schwäche des linken Armes, in etwa in den Myotomen C5-C7, spreche der Status eher gegen eine grössere Kompromittierung der Nervenwurzeln C5-C8 links. Das Beschwerdebild habe sich im Neurostatus als zentrale Armparese herausgestellt. Dazu passend habe sich

rechtshemisphärisch im Marklager eine Läsion gefunden. Eine Lumbalpunktion habe völlig normale Resultate ergeben und den Verdacht auf eine demyelinisierende Läsion somit nicht untermauern

können. Auch aufgrund des plötzlichen Auftretens der Parese und der raschen Regredienz über eine Woche bestehe der Verdacht auf eine zerebrale Ischämie. Ein extra- und intrakranieller Ultraschall sei normal gewesen. Des Weiteren seien ein e

Echokardiographie sowie eine Wiederholung der Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels zur weiteren Einordnung der Läsion geplant. 4. 4

Vom 4. bis zum 6. April 2013 war die Beschwerdeführerin im A.____, Departement Medizin, hospitalisiert. Assistenzärztin F.____ und Chefarzt Dr. med. G.____

stellten im Bericht vom 9. April 2013 (Urk. 7/45/7-8) folgende Diagnosen: 1. Anpassungsstörung; Differenzialdiagnose: Depression 2. Zerebrovaskulärer Insult am 28.02.2013 - seither unter ASS [Acetylsalicylsäure] 3. Substituierte Hypothyreose - St.n. Radiojodtherapie 2004 und Thyreoidektomie 2007 wegen Morbus Basedow 4. Anamnestisch zervikale Diskopathie

Laut Bericht erfolgte die Zuweisung wegen einer psychischen Dekompensation bei aktuell noch nicht sicher ausgeschlossener Erkrankung an multipler Sklerose. Die zuvor ambulant geplante MR-Verlaufsuntersuchung sei vorgezogen worden. In der Zusammenschau aller klinischen, anamnestischen und bildgebenden

Befunde sei die sich weiterhin zeigende fokale T2 hyperintense

Läsion praecentral rechts am wahrscheinlichsten vaskulär und nicht durch eine demyelinisierende Erkrankung

bedingt. In der Echokardiographie hätten eine kardiale Emboliequelle oder ein offenes Foramen ovale ausgeschlossen werden können. Das 24-Stunden-Elektrokardiogramm sei bei Austritt noch ausstehend gewesen. 4. 5

Der langjährige Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, stellte im Bericht vom 28. April 2013 (Urk. 7/45/1-3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Cervicoradiculäres Syndrom bei foraminalen Stenosen C4-C7 links, Kompression C6 und C7 links, bestehend seit Februar 2011 - V.a. cerebrovasculären Insult 28.02.2013 mit akuter Armparese links - Depressive Episode

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass Dr. H.____ der Diagnose einer Hypothyreose bei Status nach Radiojodtherapie 2004 und Thyreoidektomie im März 2007 bei. Weiter führte er aus, seit Februar 2011 bestehe ein sensomotorisches zervikoradiculäres Syndrom C6 und C7 links, das belastungsabhängig an Intensität fluktuiere. Die Therapie sei bisher konservativ gewesen, hauptsächlich wegen der Angst der Beschwerdeführerin vor operativen Komplikationen. Am 28. Februar 2013 seien eine plötzliche Lähmung des linken Arms sowie multiple Läsionen intrazerebral aufgetreten. Während der weiteren Abklärung hätten sich Angst-Symptome und depressive Züge entwickelt. Bezüglich des zerebrovaskulären Insultes sei die Prognose wegen der raschen Reversibilität gut. Bezüglich des zervikoradiculären Syndroms bestehe die Gefahr der Chronifizierung bei dieser langen Dauer und dem ausgeprägten radiologischen Befund. Bei der depressiven Episode sei die Prognose gut. Allenfalls sei nach psychischer Stabilisierung

doch noch ein operativer Eingriff an der Halswirbelsäule möglich. Wegen deutlich reduzierter Belastbarkeit und Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei die Beschwerdeführerin als Sozialpädagogin in einem Behindertenheim ab 28. Februar 2011 zu 50 % von 70 %, ab 4. Juli 2011 zu 30 % von 70 % und ab 18. Februar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. 4. 6

Dr. med. I.____, Fachärztin für Neurologie, stellte im Bericht vom 17. Mai 2013 (Urk. 7/47) folgende Diagnosen, denen sie Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass: - St.n . passagerer Armparese links am 01.03.2013 bei V.a. cerebrale Ischämie im rechtsseitigen Medialstromgebiet - St.n . passagerem diskretem motorischem Hemisyndrom links am 08.05.2013 unklarer Ätiologie ;

Differenzialdiagnosen: TIA [transitorische ischämische Attacke] / somatoform

Wegen einer plötzlich aufgetretenen linksseitigen Armparese habe sich die Beschwerdeführerin am 1. März 2013 gemeldet, was zu einer notfallmässigen Hospitalisation im A.____ geführt habe. Bei bekannter zervikaler Symptomatik C6/C7 links sei zunächst ein MRI der Halswirbelsäule durchgeführt worden (vgl. den Untersuchungsbericht des A.____ vom 1. März 2013, Urk. 7 /45/14-15 ; E. 4.2), welches jedoch die Lähmung nicht habe erklären können. Im Schädel-MRI vom 4. März 2013 hätten sich dann multiple T2-hyperintense Läsionen, welche differential diagnostisch sowohl als demyelinisierend als auch ischämisch hätten beurteilt werden können , gezeigt . Die anschliessende Liquoruntersuchung sei unauffällig ausgefallen, so dass die Diagnose einer multiplen Sklerose als eher unwahrscheinlich beurteilt worden sei und primär von einem ischämischen zerebralen Insult im rechtsseitigen Medialstromgebiet ausgegangen worden sei . Die Symptome hätten sich innerhalb von 24 Stunden vollständig zurückgebildet. Das am 5. April 2013 durchgeführte Schädel-MRI sei gegenüber der Voruntersuchung unverändert gewesen.

Sodann gab die Neurologin Dr. I.____ an, am 7. Mai 2013 sei die Beschwerdeführerin wegen einer passageren linksseitigen motorischen Hemisymptomatik erneut im A.____

notfallmässig untersucht worden. Bei der Eintrittsuntersuchung habe sich eine diskrete Kraftminderung des linken Armes und Beines gefunden. Die Computertomographie des Schädels sei jedoch unauffällig gewesen. Die Symptomatik sei am ehesten als somatoform bei psychischer Belastungssituation bei Status nach zerebro vaskulärem Insult beurteilt worden. Die Prognose sei grundsätzlich gut, wobei bei bisher ungesicherter Ätiologie der kürzlich aufgetretenen neurologischen Symptomatik erst der weitere Verlauf entscheidend sein werde.

Abschliessend attestierte Dr. I.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und gab dabei an, Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit sei die

aktuell im Vordergrund stehende ausgeprägte ängstlich depressive Reaktion. 4. 7

Vom 12. Juni bis 2. Juli 2013 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Klinik J.____ zur stationären Behandlung auf. Dort erhielt sie gemäss Bericht vom 9. September 2013 (Urk. 7/54) ein multimodales Rehabilitations- und Behandlungsprogramm mit psychotherapeutischen, psychoedukativen , bewegungsorientierten , entspannungsfördernden und psychopharmakologischen Einheiten. Im Bericht wurden sodann folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1.

Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) 2. Differenzialdiagnose: dissoziative Störung (ICD-10 F44) 3. Zerebrovaskulärer Insult rechts im Februar 2013; Differenzialdiagnose mikroangiopathischer Genese 4. Morbus Basedow - Radiojodtherapie 2004 und Thyreoidektomie 2007 - derzeit Substitutionstherapie 5. Zervikoradikuläres Syndrom C6/C7 linksbetont 6. Lumbago

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, sich nach dem Schlaganfall im Februar 2013 sehr verunsichert gefühlt zu haben, da ihr die Untersuchungsbe funde nur unzureichend und unverständlich erklärt worden seien. Dies habe bei ihr eine starke Furcht vor der möglichen Erkrankung an einer multiplen Sklerose ausgelöst. Im Rahmen der Abklärungen hätten sich eine grosse Angst sowie depressive Symptome wie Erschöpfung, Freudlosigkeit, Schlafstörungen und Insuffizienzgefühle entwickelt. Auch habe sich ein Schwäche- und Schweregefühl mit Schmerzen in den Beinen eingestellt. Diese Symptome hätten die Beschwerdeführerin stark verunsichert, da sie diese mit einer multiplen Sklerose in Verbindung bringe. Eine Gesamtschau der Abklärungen habe

diese Diagnose zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin selbst sei aber nach wie vor unsicher. Die bekannten Beschwerden der Halswirbelsäule seien konstant und nicht wesentlich beeinträchtigend. Bei Eintritt habe sie vor allem ein konstantes Ziehen und Brennen dorsalseitig im Bereich beider Unterschenkel, teilweise auch der Oberschenkel, stark beschäftigt. Weiterhin beschreibe sie eine allgemeine hohe Nervosität sowie Sehstörungen in Form von Mouches

volantes.

In der körperlichen Untersuchung habe sich ein sowohl internistisch als auch neurologisch unauffälliger Befund gezeigt. Die bei Austritt noch bestehende „leichte depressive Symptomatik“ sowie die noch bestehenden, dissoziativ begründeten Körpersymptome führten zu einer Arbeitsunfähigkeit von 70 %.

4.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Im Bericht des K.____, Klinik für Neurologie, vom 31. Oktober 2013 (Urk. 7/61) wurden nach einer ambulanten Untersuchung in der Notfall-Sprechstunde folgende Diagnosen gestellt: 1. Verdacht auf Somatisierungsstörung - Differenzialdiagnose: Anpassungsstörung nach Schlaganfall am 28. Februar 2013 2. Ischämischer Hirninfarkt im Mediastromgebiet rechts am 28. Februar 2013 - klinisch: Monoparese des linken Armes - Ätiologie: ungeklärt (TOAST 5) - vaskuläre Risikofaktoren: keine bekannt 3. Morbus Basedow - Radiojod-Therapie (2004) und Thyreoidektomie (2007) - Substitution mit L-Thyroxin, 0.1 mg. täglich 4. Verdacht auf Anpassungsstörung im Rahmen des Schlaganfalls 5. Migräne mit Aura - anamnestisch bislang zwei Attacken

Nach konsiliarischer Beurteilung in der Sprechstunde für multiple Sklerose im Rahmen einer Zweitmeinung (am 18. Juli 2013)

habe sich die Beschwerdeführerin erneut vorgestellt. Sie

zeige sich ängstlich und verunsichert bezüglich der immer noch unklaren Beschwerden. Sie fühle sich seit dem Februar 2013 weiterhin geschwächt. Sie leide an intermittierenden Schmerzen in den Beinen, diffusen Schmerzen am linken Arm, wechselnden Schwächegefühlen, linksbetonten Nackenschmerzen und mittigen Kreuzschmerzen. Gemäss anamnestischen Angaben und klinischen Befunden seien diese Beschwerden am ehesten im Rahmen einer Somatisierungs- beziehungsweise somatoformen Störung zu beurteilen, wobei allenfalls eine Anpassungsstörung nach Schlaganfall im Februar 2013 und Angst vor einer schlechten Diagnose bezüglich der im MRI gefundenen Läsionen zu Grunde liege. Die Beschwerdeführerin sei radiologisch sowie durch Lumbalpunktion mehrfach abgeklärt worden. Es hätten sich keine Hinweise für eine multiple Sklerose gefunden. Von einer wirbelsäulenchirurgischen Intervention im Bereich der Halswirbelsäule sei bei Risiko einer Zunahme der Beschwerden und weiterer Belastung dringend abzuraten. 4.

E. 9

Im Kostengutsprachege such an den Krankenversicherer vom 11. Mai 2014 (Urk. 3) stelle die Beschwerdeführerin seit August 2013 behandelnde Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen: - Generalisierte Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.1) - Zerebrovaskulärer Insult rechts im Februar 2013; Differenzialdiagnose: mikroangiopatische Genese - Morbus Basedow - Radiojodtherapie 2004 und Thyreoidektomie 2007 - Substitutionstherapie - Zervikoradikuläres Syndrom C6/C7 links - Lumbago

Die Beschwerdeführerin habe die erste Panikattacke als Jugendliche gehabt. Seither habe die Ängstlichkeit zugenommen und es sei zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten gekommen. Sie habe mehr und mehr ein Sicherheits- und Kontrollsystem aufgebaut. Die Beschwerdeführerin leide bis heute unter ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen wegen ihrer Ängste und dem daraus resultierenden Verhalten. Seit der Armlähmung im Februar 2013 hätten die Ängste und Panikattacken massiv zugenommen. Es sei zu zahlreichen Untersuchungen und mehreren Hospitalisationen gekommen. Mehr als früher leide die Beschwerdeführerin unter der Angst, an multipler Sklerose erkrankt zu sein. Sie stehe andauernd unter körperlicher Anspannung und leide auch unter schweren Schlafstörungen.

Bei der Arbeit habe die Beschwerdeführerin

auch

schon Termine mit Bewohnern des Heims abgesagt, da sie sich nicht in der Lage gefühlt habe, diese zu begleiten. Nicht nur die Beschwerdeführerin leide massiv unter der Symptomatik, sondern auch die Beziehungen seien erheblich belastet und die Arbeitsfähigkeit sei gefährdet.

Bei Fortführung der Behandlung sei die Prognose aber langfristig günstig. 5. 5.1

Den medizinischen Stellungnahmen lässt sich entnehmen, dass die Hypothyreose welche 2005 zur ersten Anmeldung zum Leistungsbezug geführt hatte bereits vor der Leistungsablehnung im Februar 2006 medikamentös eingestellt werden konnte (vgl. E. 3 hier vor). Im Jahre 2007 musste die Schilddrüse aufgrund eines Morbus Basedow entfernt werden.

Unter Hinweis auf eine Substitutionstherapie

wurde das Leiden von den berichtenden Ärzten
nur noch als Diagnose aufgeführt (Bericht der Dres .

F.____ und G.____ vom 9. April 2013, Urk. 7/45/7-8, Bericht der Klinik J.____ vom
9. September 2013, Urk. 7/54, Bericht des K.____ vom 31. Oktober 2013, Urk. 7/61, Schreiben des Psychiaters Dr. L.____ vom 11. Mai 2014, Urk. 3), weshalb davon auszugehen ist,
dass es sich nicht auf die Leistungsfähigkeit auswirkt.

Indessen sind bei der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitraum nach der ersten
Leistungsablehnung im Jahre 2006 gesundheitliche Probleme wie Schmerzen im Bereich
der Halswirbelsäule oder andernorts und Schwächegefühle beziehungsweise psychische
Beschwerden aufgetreten, durch welche sie sich im Alltag eingeschränkt fühlt.

Als Auslöser für die Beschwerden wurde der am 28. Februar 2013 erlittene
zerebrovaskuläre Insult genannt.

Dessen Symptome bildeten sich aber rasch wieder zurück (Berichte der Neurologen Dr.
D.____ vom 5. März 2013, Urk. 7/45/11-13 S. 2, und Dr. I.____ vom 17. Mai 2013, Urk. 7/47
S. 6), womit eine dauerhafte, somatisch begründete Einschränkung des
Leistungsvermögens zu verneinen ist. 5. 2

Aufgrund der Angst der Beschwerdeführerin, ihre persistierenden Beschwerden seien auf
eine Erkrankung an multipler Sklerose zurückzuführen, wurde sie mehrmals fachärztlich
untersucht (Bericht von Dr. D.____ vom 5. März 2013, Urk. 7/45/11-13, Bericht der Dres .
F.____ und G.____ vom 9. April 2013, Urk. 7/45/7-8, Bericht von Dr. I.____ vom 17. Mai
2013, Urk. 7/47, Bericht des K.____ vom 31. Oktober 2013, Urk. 7/61). Auch unter diesem
Gesichtspunkt konnte indes keine (somatische) Erklärung für die geklagten Schmerzen
gefunden werden.

Seitens der

somatisch behandelnden Ärzte

wurde die Symptomatik

am ehesten als Somatisierungssyndrom - beziehungsweise somatoforme Störung interpretiert
(Bericht von Dr. I.____ vom 17. Mai 2013, Urk. 7/47 S. 6, Bericht des K.____ vom
31. Oktober 2013, Urk. 7/61 S. 2). 5. 3

Hinsichtlich der in der Klinik J.____ gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung ist im
Grundsatz festzuhalten, dass die Anpassungsstörung definitionsgemäss ein lediglich
vorübergehendes Leiden darstellt beziehungsweise keine hinreichend ausgeprägte
Psychopathologie bildet; sie liegt vielmehr im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als
krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann
(vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_76/2014 vom 30. April 2014

E. 3.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_153/2012 vom 15.

Oktober 2012 E. 4.3). An dieser Rechtsprechung dürfte sich mit BGE 141 V 281 im
Ergebnis nichts geändert haben.

Entsprechend beruht die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % wohl eher auf
therapeutischen Überlegungen als auf einer Einschätzung der der Beschwerdeführerin
objektiv zumutbaren Arbeitsleistung. Immerhin erachteten die berichtenden Fachpersonen

einen (schrittweise) Ausbau des Arbeitspensums als erforderlich (Urk. 7/54 S. 3), was der Empfehlung in Richtung Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit entspricht.

Jedenfalls leuchtet der mit der psychiatrischen Diagnose einer Anpassungsstörung (beziehungsweise der Differenzialdiagnose einer dissoziativen Störung)

begründete hohe Arbeitsunfähigkeit sogar aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht ein (zur Aufgabenteilung zwischen rechtsanwendender Stelle und begutachtender Arztperson bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für den Anspruch auf Invalidenrente vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). 5. 4

Mit Bezug auf die vom behandelnden Psychiater Dr. L. ___

diagnostizierte

Angststörung mit Panikattacken nach ICD-10 F41.1 (zur grundsätzlichen Überprüf- bzw. Objektivierbarkeit einer generalisierten Angststörung Bundesgerichtsurtel 8C_371/2014 vom 29. September 2014 E. 5.2.1; zu den erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1) ergibt sich,

dass die Beschwerdeführerin bereits seit der Jugend an Ängsten und Panikattacken leidet. Dadurch waren aber offenbar weder die Erwerbsfähigkeit noch die Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich in relevantem Ausmass eingeschränkt. Die von der Beschwerdeführerin berichtete Häufung von

Panikattacken nach der vorübergehenden Armparese (Urk. 3 S. 2) lässt sich aufgrund der vorhandenen

ärztlichen Stellungnahmen nicht abschliessend erhärten. Im Gegensatz zur Diagnose des Dr. L. ___ wurden während des mehrwöchigen Aufenthaltes in der Klinik J. ___ unter engmaschiger Beobachtung und Behandlung zwar Ängste, jedoch keine Panikattacken festgestellt. 5. 5

Seit Februar 2011 leidet die Beschwerdeführerin an Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, weshalb sie von ihrem Hausarzt Dr. H. ___ krankgeschrieben wurde (Bericht vom 28. April 2013, Urk. 7/45/1-4 S. 2). Die von Dr. H. ___ gestellte Diagnose eines zervikoradikulären Syndroms C6 und C7 links wird durch die ausgeprägten Befunde des am 1. März 2013 im A. ___ durchgeführten MRI bestätigt. Wie bereits erwähnt (E. 4.2 hier vor),

finden sich

ein kongenital enger Spinalkanal und foramina

intervertebralia mit hochgradigen osteodiskalen

Foramenstenosen C4/5, C5/6, C6/7 auf der linken Seite bei Unkarthrose und foraminale

Diskusprotrusionen auf den Niveaus C4/5 und C6/7 mit Kompressionen der Wurzeln C5, C6 und C7 links sowie eine fokale Diskusprotrusion C5/6 median mit lokaler Eindellung des Duralsackes

(Urk. 7/45/14-15).

Radiologisch erhobene Veränderungen im Wirbelsäulenbefund

alleine schlagen sich zwar

nicht notwendigerweise im Ausmass der funkti onellen Einschränkung nieder (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5).

Vorliegend aber wurde - abgesehen von der Krankschrei bung durch den Hausarzt Dr. H.____ -

aus rein somatischer Sicht

wiederholt eine Indikation zur chirurgischen Dekompression diskutiert (vgl. dazu Berichte des Neurologen Dr . C.____ vom 13. April 2012, Urk. 7/38/11-12 S. 2, und von Dr. H.____ vom 28. April 2013, Urk. 7/45/1-4 S. 2) .

Obwohl im Verlauf der Zeit verschiedene

teilweise vorübergehende

gesund heit liche Beschwerden hinzukamen , welche das nach Februar 2006 diagnosti zierte Rückenleiden etwas in den Hintergrund drängten, ist mit Blick auf die ausgeprägten Befunde zumindest unklar, ob beziehungsweise inwieweit von einer effektiven Verbesserung

der Rücken problematik

ausgegangen werden kann . Zur Zeit des Aufenthaltes in der Klinik J.____

im Juni/Juli 2013 war die Wirbel säule der Beschwerdeführerin seit längerem nicht mehr den Belastung en durch die Arbeit als Betre uerin in einem Behindertenheim

unterworfen , welche Tätigkeit gemäss Angaben im Arbeitgeberbericht vom 24. März 2013 (Urk. 7/44) unter anderem auch die Raum- und Umfeldpflege sowie die Körperpflege erwachsener Bewohner umfasst e . 5. 6

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass seit der ersten Leistungsablehnung Ende Februar 2006 gesundheitliche Beeinträchtigungen (namentlich Rückenbe schwerden) neu hinzugetreten sind , deren Auswirkungen auf das tatsächliche Leistungsvermögen nicht abschliessend beurteilt werden können . Die Sache ist daher zur umfassenden externen

(somatischen und psychiatrischen) Begutach tung und zu neuem Entscheid

unter dem Blickwinkel einer ergebnisoffenen, defizit- und ressourcenorientierten Beurteilung

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800 . festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge. 2.

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

Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - GEMINI Sammelstiftung 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. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
GräubMeier-Wiesner

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