

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01041 vom 8. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01041

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01041 du 8 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01041 del 8 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des

Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, 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 oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit 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 oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf 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 oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen

kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Rentenanspruch mit der Begründung (Urk. 2), dem Gutachten vom 15. Juli 2013, welches schlüssig und nachvollziehbar sei, könne entnommen werden, dass weiterhin gesundheitliche Einschränkungen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in subjektiver Weise einschränkten. Allerdings liege kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Die gesundheitlichen Einschränkungen hätten nach der Rechtsprechung nicht die erforderliche Intensität, als dass sie als invalidisierend gelten könnten. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein (Urk. 1), insbesondere in psychiatrischer Hinsicht ergebe sich eine völlig kontroverse Beurteilung durch die Fachleute. Sie berufe sich auf die von Dr. Z.____ und Dr. A.____ / lic .

phil. B.____ vertretene Auffassung, wonach eine depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, und dies in rentenrelevantem Ausmass. Die Beurteilung der kontroversen medizinischen Auffassungen stelle das Gericht vor schwierige Fragen medizinischer Art, zu deren Beantwortung ein Obergutachten eingeholt werden müsse, sofern sich das Gericht nicht von vornherein der Auffassung der Experten Z.____ , A.____ und B.____ anschliesse (S. 10 f). Gemäss Bericht von H (wohl richtig : Dr. C.____) könne es durch die systemische Erkrankung (primäres Sjögrensyndrom) zu Einschränkungen und Beschwerden kommen, wie sie sie (die Beschwerdeführerin) beschreibe. Dr. C.____ weise ausserdem darauf hin, dass es durch die beiden Diagnosen (Sjögrensyndrom und lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom bei/mit degenerativen Veränderungen betont schwere Osteochondrose L5/S1 mit Diskushernie), welche nicht in direktem Zusammenhang mit dem seit Jahren bekannten zervikozephalen Schmerzsyndrom stünden, zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit komme . Im Gesamtkontext sei es ihm aber nicht möglich, einen klaren Prozentsatz zu geben, weshalb er für eine genaue Beurteilung ein unabhängiges Gutachten mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit empfohlen habe (S. 11). 2.3

Streitig ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom

E. 6

/5). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 21. September 2010

(Urk.

6/58). Dagegen erhob die Versicherte am 25. Oktober 2010 Beschwerde beim hiesigen Gericht (Urk. 6/59/3-15). Mit

Urteil vom 4. April 2011, welches das am 26. Mai 2011 von der Versicherten angerufene Bundesgericht (Urk. 6/63/2-18) am 14. Juli 2011 bestätigte (Urk. 6/66),

wurde die Beschwerde abgewiesen (Prozess-Nr. IV.2010.01002, Urk. 6/62).

E. 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).

E. 13

/18 Juli 2012 (Urk. 6/70-71) eingetreten ist. Letztmals materiell beurteilt wurde deren Gesundheitszustand mit vom Bundesgericht

schliesslich am 14. Juli 2011 bestätigte r

Verfügung vom 21. September 2010 (Urk. 6/59), mit welche r der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde. Zu prüfen ist so mit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen de r

Verfügung vom 21. September 2010 und der angefochtenen Verfügung vom 15. September 2014 (Urk. 2) in für den Rentenanspruch erhebliche r Weise geändert hat. 3. 3.1

Das Gericht stützte sich im Urteil vom 4. April 2011 (Prozess Nr. IV.2010.01002, Urk. 6/62) auf die Arztberichte von Dr. med. C.____, Facharzt für All gemeine Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie (Urk. 6/13/252-253 und Urk. 6/17/1), des D.____, Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik (Urk. 6/13/182-83), der Rehaklinik E.____ (Urk. 6/13/157-161), von

Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie (Urk. 6/13/15-153 und Urk. 6/22/1-5), des Kop f wehzentrums der Klinik G.____ (Urk. 6/13/128-131), von Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 6/13/76-78 und Urk. 6/26/13-17), der Klinik I.____ (Urk. 6/13/23-28), von

Dr. med.

J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 6/18/4-7 und Urk. 6/30) sowie auf die Stellungnahme von Dr. med. K.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; (Urk. 6/42 S. 3-5) und erkannte, dass die Beschwerdeführerin an Kopf- und Nackenschmerzen, denen kein objektivierbares Korrelat entspr eche , und an einer Dysthymie leide, womit keine Invalidität im Rechtssinne bestehe. Dies wurde vom Bundesgericht im Urteil vom 14. Juli 2011 bestätigt (Urk. 6/66) . 3.2

Der aktuelle Gesundheitszustand stellt sich folgendermassen dar : 3.2.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , diagnostizierte in der psychiatrischen Zweitmeinung vom 18. Juni 2012 (Urk. 6/69/1-3) eine reaktive depressive Störung mittleren bis schweren Grades. Die Beschwerdeführerin sei in allen Qualitäten gut orientiert. Sie sei aufmerk sam und konzentriert, müsse sich dabei aber anstrengen. Es bestünden weder formale noch inhaltliche Denk - noch Sinnesstörungen. Die Beschwerdeführerin schlafe schlecht. Affektiv sei sie schwer beeinträchtigt, sie sei traurig, hoff nungs - und ratlos, zuweilen schimmere auch Wut über den gesundheitlichen sowie

den Behandlungs- und Beurteilungsverlauf

nach dem Unfall durch. Sie fühle sich durch die versicherungsmedizinischen Beurteilungen gekränkt und habe ausgeprägte Schuldgefühle ihrem Gatten und ihrer Tochter gegenüber. Sie fühle sich beschämt, weil sie nicht mehr arbeiten könne wie früher. Obwohl sie manchmal das Gefühl von Sinnlosigkeit habe, bestehe keine Suizidalität. 3.2.2

Dr. med. L.____, Facharzt für Oto - Rhino -L aryngologie, stellte im audi-neurootologischen Bericht vom 4. April 2011 (Urk. 6/69/15-75) folgende Diagnose n (S. 1 6): - Status nach cervico-cephalem Akzelerations-/ Dezelerationstrauma vom „ head non contact “-Typ i m Rahmen der Heckkollision vom 27. 2. 2004 mit Restbrückensympt o matik bis zum 2. Unfall vom 26.10. 2007 - Status nach cervico-cephalem

A kzelerations-/ Dezelerationstrauma vom „ head

contact “-Typ i m Rahmen der parasagittalen Heckkollision vom 26. 10. 2007 - p osttraumatisches cervico-encephales Syndrom mit - r echtsbetonten Cervico-Cephalgien (cervicogene Kopfschmerzen) und - Cervico-Brachialgien beidseits pp rechts - p osttraumatische Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems (seit dem Unfall vom 26. 10. 2007) mit - p eripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung (linksbetont) post par tum (pp)

cervicogenen Ursprungs - v isuo-oculomotorischer Funktionsstörung mit

v isuo-vestibulärer

Inte - g rationsst ö rung und c ervico -visuellem „ Mismatch “ - c ervico-proprio-nocice ptiver Funktionsstörung bei m ultisegmentaler Funktionsstörung der cervicalen Bewegungselemente pp der cervi calen Facettengelenke rechtsbetont - n euro-psychologische Defizite mit s ekundärer psycho-emotiver Überlage rung und b io-psycho-sozialer Dysbalance teilweise posttraumatisch, teil weise iatrogen - g eringgradige pantonale sensori -neurale Schwerhörigkeit rechts und mittel - bis hochgradige pantonale sensori -neurale Schwerhörigkeit links Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. L.____ nicht. 3.2.3

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic .

phil. B.____, delegierte Psychotherapeutin, diagnostizierten im Bericht vom 27. August 2012 (Urk. 6/75) eine anhaltende depressive Störung, gegen wärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.22), beste hend seit zirka Frühling 2011. Die Beschwerdeführerin fühle sich nutzlos, ab hängig und sehe sich als eine grosse emotionale und finanzielle Last für ihre Familie. Affektiv dominiere eine deprimierte, ängstliche, manchmal auch wü tende und ob der unverändert starken Schmerzen hoffnungslose Stimmung s lage . Seit zirka einem Jahr fühle sie sich total energielos und den Schmerzen ohnmächtig ausgeliefert. Wiederholt habe sie Lebensüberdruß -G edanken er wähnt, die sie aber aufgrund ihres Glaubens nicht in die Tat umsetzen könne. Solange die Schme rzen in diesem Ausmass persistierten und es ihr verunmö g lichten, im freien Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachzugehen, sie anderer seit s ihr Schicksal nicht akzeptieren und in ihren Lebenslauf sinnvo ll einordnen könne, werde die Beschwerdeführerin depressiv bleiben. 3.2.4

Laut Gutachten des Y.____ vom 15. Juli 2013 (Urk. 6/97/2-29) liegen folgende Diag nosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 26 Ziff. 5.1): - c hronisches panvertebrales

Schmerzsyndrom unter zervikaler und lumbaler Betonung (ICD-10 M54.80) - Status nach Auffahrunfall am 27.2.2004 und 26.10.2007 - radiologisch breitbasige Diskushernie HWK3/4 rechts (MRI 25.9.2012) - radiologisch mässige degenerative Veränderungen sowie kleine Diskushernie LWK5/SWK1 ohne Neurokompression (MRI 23.11.2012) - unauffällige Ganzkörper-Skelettszintigraphie vom 16.4.2013 - freie Beweglichkeit der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 26 Ziff. 5.2): - dysfunktionale Schmerzverarbeitung mit algogener

Verstimmung (ICD-10 F54) - unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Verdacht auf primäres Sjögrensyndrom (ICD-10 M35.0) - Anti-SSA-Antikörper 108 U/ml, ANA 1:80 - aktuell normale Entzündungsparameter - chronischer Nikotinkonsum, zirka 10 py (ICD-10 F17.1) - anamnestisch Status nach Osteosynthese einer linksseitigen Sprunggelenksfraktur 1984 und Entfernung des Osteosynthesematerials 1985 (ICD-10 Z98.8)

Auf radiologischer Ebene bestünden mässige degenerative Veränderungen auf Höhe des lumbosakralen Überganges sowie eine breitbasige Diskushernie HWK3/4 rechts, ansonsten aber keine relevanten Auffälligkeiten an der lumbalen und zervikalen Wirbelsäule sowie der rechten Schulter. Auch eine Ganzkörper-Skelettszintigraphie habe keine Besonderheiten ergeben (S. 19 f).

Auf orthopädischer Ebene könne zusammenfassend gesagt werden, dass sich die von der Explorandin angegebenen, völlig diffusen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde in keiner Weise begründen liessen. Die massiven Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf wiederholte Infiltrationen, anamnestisch weiterhin intensiv durchgeführte konservative Therapiemassnahmen sowie der zeitweise erhebliche Analgetikakonsum könnten als klarer Hinweis für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponente angesehen werden. Zu betonen sei auch, dass die gemäss Explorandin am Morgen des Untersuchungstages erfolgte Einnahme von Mefenacid durch die serologische Untersuchung nicht bestätigt werden können (S. 20).

Bei der neurologischen Untersuchung habe sich abgesehen von den angegebenen rein subjektiven Druckdolenzen bei gut lockerer Nackenmuskulatur gleichfalls ein unauffälliger neurologischer Status ergeben. Insbesondere finde sich auch keine Störung der Okulomotorik, kein Nystagmus, auch nicht unter der Frenzelbrille, so dass eine periphere oder zentrale vestibuläre Störung, wie sie von Dr. L. ___ postuliert worden sei, nicht bestätigt werden könne. Es sei letztlich von einem zervikozephalen Schmerzsyndrom auszugehen, wobei die geschilderte Intensität der Beschwerden, welcher kein ausreichender organischer Befund entgegenstehe, auf eine Schmerzverarbeitungsstörung hinweise. Diese Differentialdiagnose falle in das psychiatrische Fachgebiet. Das diskrete Verhalten bei der Prüfung des Lasègue spreche hingegen für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung. Hinweise für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung im Rahmen des HWS-Syndroms ergäben sich nicht. Auch habe das letzte MRI der HWS vom September 2012 keine Hinweise für eine Myelonkompression ergeben und die beschriebene mittelgrosse rechtsgelegene Hernie C3/4 und die mediane Hernie C5/6 blieben ohne klinisches Korrelat. Ähnliches gelte für das im November 2012 durchgeführte MRI der LWS, in welchem zwei Hernien beschrieben würden, welche jedoch keine Neurokompression ergäben

(S. 25).

Die psychiatrische Exploration habe ergeben, dass praktisch der ganze Körper schmerzhaft sei. Im Weiteren sei auch der Schlaf aufgrund der Schmerzen ständig gestört. Die Chronizität der Schmerzen führe zu einer permanenten Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit. Die beklagten Körperschmerzen könnten auf kein darstellbares organisches Korrelat zurückgeführt werden. Sie seien somit psychisch überlagert. Es könne die Diagnose einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitungsstörung gestellt werden. Die chronischen Beschwerden führten zu entsprechenden psychischen Irritationen mit Erschöpfung, Resignation, Lustlosigkeit und Depressivität. Deshalb könne eine algogene Verstimmung beschrieben werden. Eine genuine eigenständige psychische Störung könne nicht nachgewiesen werden. Es liege auch keine eigentliche oder schwere depressive Episode vor. Die Beschwerdeführerin wirke zwar etwas verlangsamt und lethargisch, jedoch nur in leichtem Ausmass, eine Apathie habe nicht beobachtet werden können. Sie zeige keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung gemäss ICD-10-Kriterien. Während der Untersuchung sei die Explorandin kommunikativ und weise auch eine Modulation der Affekte auf. Sie zeige auch ein weiterhin bestehendes Interesse, so habe sie berichtet, dass sie permanent drei verschiedene Bücher lese. Sie interessiere sich für Biographien und für Frauenschicksale. Sie ziehe sich sozial nicht zurück, abgesehen von ihrer engeren Familie habe sie Kontakte zu ihrer Schwester, zu einem befreundeten Ehepaar und zu einer weiteren Freundin. Sie sei auch weiterhin unternehmungslustig und habe gerade Badeferien in der Türkei verbracht. Sie benütze auch regelmässig ein Motorfahrzeug und erweise sich dadurch auch als verkehrstauglich und konzentrationsfähig. Insgesamt könne daher keine schwere psychische Störung vorliegen. Es seien auch einige Ressourcen vorhanden (S. 14).

Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe aufgrund der objektivierbaren Befunde für die angestammte, ebenso wie für jede andere, körperlich leichte und zumindest mittelschwere Tätigkeit eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten in Zwangshaltungen seien nur eingeschränkt möglich. Aufgrund des paravertebralen Schmerzsyndroms bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten (S. 26 f).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht festgestellt werden. Der Explorandin könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztägig einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 27).

Auch aus allgemein internistischer Sicht fänden sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27).

Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 27). 3.2.5

Laut Stellungnahme von Dr. med. M.____, Oberarzt am D.____, Klinik für Rheumatologie, vom 22. Juli 2013 (Urk. 6/104/1-2) führt das Sjögrenssyndrom zu einer minimalen Arbeitsunfähigkeit von zirka

unter 20 %. Aktuelle Hauptproblematik sei die Sicca -Symptomatik (Mund- und Augentrockenheit) . Im Vordergrund stehe somit die exokrine Drüsenaktivität. Ob noch zusätzlich ein sekundäres Fibromyalgiesyndrom vorliege, sei schwer zu sagen, da die Beschwerdeführerin ja schon vorbestehend ein multilokuläres Schmerzsyndrom am Bewegungsapparat aufgewiesen habe. 3.2.6

Dr. C.____ berichtete am 3. März 2014 (Urk. 6/113/6), es sei im April 2013 neu ein primäres Sjögrensyndrom diagnostiziert worden. Durch die systemische Erkrankung könne es zu Einschränkungen und Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates kommen, so wie sie von der Beschwerdeführerin beschrieben würden.

Am 24. Mai 2014 stellte Dr. C.____ folgende Diagnosen (Urk. 3/10): - primäres Sjögrensyndrom bei/mit - Erstdiagnose April 2013 - Basistherapie Mabthera 2 6. und 2 7. September 2013 - lumbospondylogenes Syndrom bei/mit - degenerativen Veränderungen betont schwere Osteochondrose L5/S1 mit Diskushernie (MRI der LWS vom November 2012)

Die beiden Diagnosen stünden nicht in direktem Zusammenhang mit dem seit Jahren bekannten zervikozephalen Schmerzsyndrom. Durch die beiden Erkrankungen komme es zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei ihm (Dr. C.____) jedoch nicht möglich, einen klaren Prozentsatz anzugeben. Für eine genaue Beurteilung empfehle er ein unabhängiges Gutachten mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit. 3.2.7

Dr. Z.____ wies in der Stellungnahme vom 6. März 2014 (Urk. 3/5) zum Y.____ -Gutachten darauf hin, dass die Beschwerdeführerin unzweifelhaft depressive Episoden erlebe. Sie habe Episoden, in denen sie sich wünsche , nicht mehr am Leben zu sein, sie habe auch suizidale Gedanken, die sie aber bisher vor allem im Gedenken an ihre Familie habe abwehren können. Ihr Selbstwertgefühl sei stark beeinträchtigt, sie sei vor den Unfällen leistungsfähig gewesen, jetzt nicht mehr. Sie komme sich nutzlos vor, denke, sie falle ihrer Familie nur noch zur Last und habe deswegen starke Schuldgefühle. Sie sei stets sehr müde, auch die kognitiven Leistungen, Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien beeinträchtigt. Dazu sei sie emotional instabil, sei manchmal mit den Angehörigen unduldsam, gar aufbrausend und abweisend, was ihr danach wieder sehr leid tue. Sie sei oft von Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung beherrscht. Der Appetit sei schlecht, seit den Unfällen habe sie einen Gewichtsverlust von zirka 35 kg zu verzeichnen. Auch leide sie unter Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Auch wenn die Beschwerdeführerin vielleicht zum Zeitpunkt der Untersuchung im Y.____ nicht depressiv erschienen sein mochte, so könne doch nicht bestritten werden, dass sie depressive Episoden gehabt habe. Eine rezidivierende depressive Störung könne auch ohne aktuelle depressive Störung diagnostiziert werden. Die Betrachtung des zeitlichen Längsverlaufs sei zwingend. Es gebe auch einen Hinweis auf Heredität, der allerdings im Gutachten unter den Tisch gefallen sei. Zudem würden Depressionen nach moderner Auffassung als chronische systemische Krankheiten betrachtet.

Überdies sei das Gutachten nicht aktuell: Das Sjögren s yndrom sei inzwischen gesichert. Inwieweit die Unfallfolgen und das Vorliegen des Sjög r ensyndroms die Schmerzen in Zusammenarbeit beeinflussten, bleibe zu erörtern. 3.2.8

Dr. A.____ und lic.phil .

B.____ diagnostizierten im Bericht vom 11. März 2014 (Urk. 6/113/4-5) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und ein primäres Sjögrensyndrom. Die Beschwerdeführerin sehe ihr Leben als sinn- und ziellos an. Die Diagnose eines primären Sjögrensyndroms habe kurzfristig eine Erleichterung gebracht, im Sinne von jetzt wisse sie endlich, an welcher Krankheit sie leide. Da die Behandlungsmöglichkeiten zurzeit noch sehr beschränkt seien beziehungsweise nur eine teilweise und minimale Symptomlinderung beinhalten, sei diese Erleichterung schnell einer noch grösseren Verzweiflung gewichen. An eine Arbeit sei gegenwärtig nicht zu denken.

4. 4.1

Gestützt auf das Y.____ -Gutachten (E. 3.2.4) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Dieses Gutachten entspricht in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.5). Es basiert auf den notwendigen allgemein internistischen (S. 8 ff.), psychiatrischen (S. 11 ff.) orthopädischen (S. 17 ff.) und neurologischen (S. 22 ff.) Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Den Gutachtern standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. 4.2

In somatischer Hinsicht hat sich seit der letztmaligen Rentenabweisung keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben, entsprechen die Befunde der Y.____ -Gutachter doch im Wesentlichen den früher gestellten. Die Gutachter fanden, die von der Beschwerdeführerin geklagten, völlig diffusen Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde in keiner Weise begründen, was der Aussage von Dr. C.____ im Bericht vom 8. Januar 2009 (Urk. 6/ 17/1) entspricht, aus rein somatischer Sicht bestünden keine Gebrechen, welche auf längere Sicht eine Invalidität bedingen. Auch neurologisch hat sich nichts Neues ergeben: Der Y.____ -Gutachter fand abgesehen von angegebenen Druckdolenzen bei gut lockerer Nackenmuskulatur – wie früher auch schon Dr. F.____ (vgl. Urk. 6/ 13/150-153 und Urk. 6/22/1-5) – einen unauffälligen neurologischen Status. Er fand keine Hinweise für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung im Rahmen der HWS, was nicht weiter erstaunt, ergab doch auch das letzte MRI der HWS von September 2012 keine Hinweise für eine Myelonkompression und blieben die mittelgrosse rechtsgelegene Hernie C3/4 und die mediane Hernie C5/6 ohne klinisches Korrelat. Auch das im November 2012 durchgeführte MRI der LWS, in welchem zwar zwei Hernien beschrieben worden waren, liess nach Ansicht des Experten keine Neurokompression erkennen.

Dafür aber liess die Prüfung des La sègues auf ein diskrepantes Verhalten der Beschwerdeführerin schliessen.

Schliesslich konnte die von Dr. L.____

(E. 3.2.2.) gestellte periphere oder zentrale vestibuläre Störung anlässlich der neurologischen Untersuchung im Y.____ nicht bestätigt werden, fand doch der

neurologische Experte keine Störung der Okulomotorik und keinen Nystagmus, auch nicht unter der Frenzelbrille. Die Beschwerdeführerin klagte denn auch in den Untersuchungen spontan lediglich über Schmerzen am ganzen Körper (vgl. S. 8, S. 11, S. 15 und S. 22) und bestätigte erst auf Nachfrage des Neurologen Schwindelgefühle und Übelkeit. 4. 3

Der von den Y.____-Gutachtern genannte Verdacht auf ein primäres Sjögrensyndrom wurde durch Dr. M.____ (E. 3.2.5) bestätigt. Dies vermag indessen das Y.____-Gutachten nicht zu entkräften, waren den Gutachtern die Ergebnisse der Untersuchungen im D.____ doch bekannt und wurden diese im Gutachten diskutiert (vgl. S. 22.). Laut Dr. M.____ besteht das Hauptproblem dieser Erkrankung in der Mund- und Augentrockenheit und steht die exokrine Drüsenaktivität im Vordergrund. Ob zusätzlich ein sekundäres Fibromyalgiesyndrom vorliegt, konnte Dr. M.____ nicht beurteilen, da die Beschwerdeführerin schon vor Auftreten des Sjögrensyndroms ein multilokales Schmerzsyndrom am Bewegungsapparat aufwies.

Die im Zusammenhang mit dem fibromyalgiformen

Schmerzcharakter getätigten weiteren Abklärungen mittels Szintigraphie, Thorax-Röntgenbild sowie Abdomensonografie fielen allerdings unauffällig aus (vgl. Arztbericht des D.____, Klinik für Rheumatologie, vom 24. April 2013, Urk. 6/97/123-125). 4. 4

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden gingen die Y.____-Gutachter (E. 3.2.4) davon aus, dass die Beschwerdeführerin an einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung mit algogener Verstimmung (F54) bei unspezifischem multilokulärem Schmerzsyndrom (R52.9) leidet, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, wohingegen Dr. A.____ und Lic. .

phil. .

B.____ (E. 3.2.3) eine anhaltende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.22) und Dr. Z.____ (E. 3.2.1) eine reaktive depressive Störung mittleren bis schweren Grades diagnostizierten. Während sich Dr. Z.____ nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserte, gingen Dr. A.____ und Lic. .

phil. B.____ davon aus, dass an eine Arbeitstätigkeit nicht zu denken sei. Auffallend ist, dass sich die erhobenen Befunde der psychiatrischen Fachärzte nicht wesentlich unterscheiden: So fanden alle eine bewusstseinsklare, allseits orientierte Beschwerdeführerin, die, wenn auch unter Anstrengung, aufmerksam und konzentriert war. Der Schlaf sei gestört und die ständigen Schmerzen führten zu einer hoffnungslosen Stimmungslage. Ähnliche Befunde beschrieb bereits Dr. J.____ (vgl. Urk. 6/30), die diese seinerzeit unter die Diagnose einer Dysstymie subsumierte. Die Ärzte des Y.____

gingen nun davon aus, dass die Chronizität der Schmerzen zu einer permanenten Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit führten. Da die behaupteten Köperschmerzen auf kein organisches Korrelat zurückgeführt werden könnten, seien sie somit psychisch überlagert und es sei von einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitungsstörung zu sprechen. Offensichtlich gingen auch Dr. A.____ / Lic. .

phil. B.____

(E. 3.2.3) davon aus, dass die Schmerzen psychisch überlagert sind, kamen sie doch zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin depressiv bleiben werde solange die Schmerzen im von ihr geklagten Ausmass persistierten und sie nicht fähig sei, ihr Schicksal zu

akzeptieren und in ihren Lebenslauf sinnvoll einzuordnen.

Nachdem keine ausreichenden organischen Befunde vorliegen, welche die Intensität der geschilderten Schmerzen zu begründen vermögen, kann auch Dr. Z.____ (E. 3.2.1 und E. 3.2.7), der keine Anhaltspunkte für eine Somatisierungsstörung sah, dagegen von einer gut belegten somatischen Störung ausging, nicht gefolgt werden und das Vorliegen einer selbständigen depressiven Störung, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen soll,

nicht als erwiesen erachtet werden.

Unabhängig davon, zu welcher Diagnose die verschiedenen Ärzte gekommen sind, erhoben sie durchwegs einen ähnlichen Psychostatus. Dieser hat sich seit der letzten rechtskräftigen Rentenabweisung nicht wesentlich verändert, weshalb immer noch davon auszugehen ist, dass weiterhin kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. 4. 5

Insgesamt ist somit aufgrund der medizinischen Aktenlage davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert hat und die Beschwerdeführerin einen Rentenanspruch zu Recht wiederum verneint hat. Von weiteren medizinischen Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann. 5. 5.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und inso weit keine Verfügung ergangen ist (BGE 119 Ib 36 E. 1b, 118 V 313 E. 3b, je mit Hinweisen). 5. 2

Hinsichtlich des Begehrens der Beschwerdeführerin auf Gewährung beruflicher Massnahmen (Umschulung) hat die Beschwerdeführerin nach Aktenlage nicht verfügt, weshalb ein diesbezüglicher Anspruch nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden kann. Auf die Beschwerde ist insoweit nicht einzutreten. 6.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 7.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten von Fr. 800.-- in Anwendung von Art.

69 Abs. 1 bis IVG der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann - 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
Mosimann
Tiefenbacher

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