

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00046 vom 27. April 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00046

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00046 du 27 avril 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00046 del 27 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, Mutter zweier 2003 und 2005 geborener Kinder, war Gesellschafterin und Geschäftsführerin der Y.____ und führte in dieser Eigenschaft zuletzt vom 1. September 2006 bis 31. Juli 2008 die

Z.____ Tankstelle

(samt A.____-Shop) Frauenfeld West mit einem Arbeitspensum von 100%. Per diesem Datum wurde das Geschäft aufgelöst (Urk. 8/2 und Urk. 8/21). Am 18. März 2009 meldete sie sich unter Hinweis auf Depressionen, Schlaflosigkeit und Bauchkrämpfe bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufliche Integration) an (Urk. 8/2). Mit Verfügung vom 27. April 2010 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab, da die Versicherte zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenanspruches im September 2009 wieder zu 100% arbeitsfähig war (Urk. 8/32).

Diese Verfügung blieb unangefochten.

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]). Sie 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren

wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV, bis 31.11.2011: Abs. 4), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

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 Hin weisen).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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).

Es gilt jedoch zu beachten, dass ärztliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit zwar eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist. Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der von einem medizinischen Bericht festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieser seinen Beweiswert verlöre (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1-2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hin weisen). 2.

E. 2

Ab 1. Februar 2011 war die Versicherte beim B.____ als Verkaufsangestellte zu einem Arbeitspensum von 100 % angestellt . Nachdem sie ab 15. September 2012 krank geschrieben worden war, kündigte die Arbeit geberin die Stelle per 31. März 2013 (Urk. 8/51). Mit Gesuch vom 2 2. Mai 2013 meldete sie sich unter Hinweis auf kardiale Beschwerden (Geburtsgebrechen) erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/37). Die IV-Stelle zog die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 8/43), einen IK-Auszug (Urk. 8/44) und medizinische Berichte (Urk. 8/45-46) bei. Weiter führte sie mit der Versicherten ein Standortgespräch (Urk. 8/38-39) und schloss eine Zielvereinbarung für Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Potentialabklärung ab (Urk. 8/55) . Diese wurde an der C.____ (C.____) Zürich absolviert (Urk. 8/63). Mit Schreiben vom 23. Mai 2014 (Urk. 8/65) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die berufliche Eingliederung abgeschlossen und ein Rentenanspruch geprüft werde, da derzeit noch keine gesundheitliche Verbesserung zu verzeichnen sei.

Mit Vorbescheid vom 21. Juli 2014 (Urk. 8/67) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen die Versicherte am 9. September 2014 beziehungsweise 23. Oktober 2014 (Urk. 8 / 71 ; Urk. 8/76) unter Beilage eines ärztlichen Berichtes (Urk. 8/74) Einwand erhob. Im Nachgang reichte die Versicherte einen weiteren ärztlichen Bericht (Urk. 8/78-79) ein. Mit Schreiben vom 16. Dezember 2014 (Urk. 8/81) nahm die Versicherte Stellung zum Feststellungsblatt der IV-Stelle (vgl. Urk. 8/80). Am 29. Dezember 2014 (Urk. 2) verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne.

E. 2.1

Prof. Dr. med. G.____, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, H.____ Zürich, nannte in seinem Bericht vom 28. September 2012 (Urk. 8/45/39-40) folgende Diagnosen (S. 1): - Unklare Thoraxschmerzen (letztmalige ambulante Notfallbehandlung am 24. September 2012 im I.____) - Status nach Verschluss eines Atriumseptumdefekts (ASD) Typ 2 am 24. August 2011 mit Amplatzer ASD-Occluder 20 mm - Palpitationen (Status nach dreimalig unauffälligem Langzeit-EKG, zu letzt im Februar 2012) - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotinkonsum

Prof. Dr. G.____ hielt fest, echokardiographisch und klinisch bestünden keine Herzinsuffizienzzeichen. Rhythmusstörungen hätten wiederholt nicht nachgewiesen werden können. Die starken Thoraxschmerzen würden nicht durch den Atriumseptumdefekt (ASD)-Occluder verursacht (unauffälliges CT). Eine Arosion liege definitiv nicht vor. Er habe der Beschwerdeführerin gesagt, dass die Schmerzen nicht vom ASD-Occluder kämen. Ebenfalls habe er sie beruhigt, dass bei ihr keine koronare Herzkrankheit vorliege und sie keine Angst vor einem Herzinfarkt haben müsse. Die Beschwerdeführerin sei von verschiedenen Ärzten wegen Thoraxschmerzen kardial abgeklärt worden, welche klar nicht kardialer Natur seien (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber schloss die Beschwerdeführerin auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 27. April 2010 und eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit. Dies ergebe sich unter anderem aus der durch die Beschwerdegegnerin angesetzten Arbeitsdiagnostik. Zum selben Schluss kämen auch die behandelnden Ärzte. Etwas anderes könne auch den Akten nicht entnommen werden. Somit habe sie Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1).

In ihrer Stellungnahme vom 16. Dezember 2014 (Urk. 8/81) hatte die Beschwerdeführerin festgehalten, die von der Beschwerdegegnerin angesetzte und durchgeführte Arbeitsdiagnostik habe ergeben, dass sie im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei. Dem Bericht der Arbeitsdiagnostik sei klar zu entnehmen, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Weiter ergebe sich aus dem erwähnten Bericht, dass sie aufgrund einer psychischen Problematik arbeitsunfähig sei, welche nicht einfach überwindbar sei. Weiter leide sie seit ungefähr 2011 an Thoraxschmerzen. Diesbezüglich sei sie in regelmässiger Behandlung. Somit liege seit dem 27. April 2010 klarerweise eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor (S. 1).

E. 2.2.2

und 2.2.3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum zwischen der ersten leistungsabweisenden Verfügung (27. April 2010) und der nun angefochtenen Verfügung (29. Dezember 2014) in einer anspruchserheblichen Weise verändert hat.

E. 3

).

Sie bescheinigten aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der mehrjährigen Krankheitsentwicklung und der über zwölfjährigen Vorgeschichte müsse mit einer längeren

Behandlung gerechnet werden. Eine stundenweise Wiederaufnahme der Arbeit sei als Arbeitsversuch mit einem Teilzeitpensum von 20 bis 40 % bei weiter bestehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2013 möglich. Eine schrittweise Verminderung der Arbeitsunfähigkeit werde erst nach erfolgreichem Arbeitsversuch in Absprache mit dem Hausarzt möglich sein. Im Rahmen eines Arbeitsversuches sei ab Juli 2013 eine andere Arbeit zu mutbar (S.

E. 3.1

Die Verfügung vom 27. April 2010 (Urk. 8/32) fusste im Wesentlichen auf folgen dem medizinischen Sachverhalt:

E. 3.1.1

Mit Schreiben vom 2. März 2009 (Urk. 8/8/17-18) stellte Dr. med. D.____, Fach arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychogen bedingte Bauch schmerzen sowie eine psychosoziale Belastungssituation fest und bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende März 2009, eine solche von 50 % ab 1. April 2009 und ab 1. Mai 2009 eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 18).

In seinem Bericht vom 30. März 2009 (Urk. 8/4) diagnostizierte er eine leichte depressive Episode mit somatischen Beschwerden (ICD-10 F32.01) sowie Bauchschmerzen (bestehend seit September 2008; S. 2). Er attestierte vom 1. Februar bis 30. April 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3).

In seinem Bericht vom 9. Juli 2009 (Urk. 8/22) hielt Dr. D.____ fest, dass die Beschwerdeführerin motiviert und nicht mehr von ihren Bauchschmerzen geplagt sei – auch nicht mehr klagend und depressiv. Vom 15. Juni bis 31. Juli 2009 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 1. August 2009 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 3.1.2

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Schreiben vom 24. März 2009 (Urk. 8/11) zu Handen des Krankentaggeldversicherers fest, dass ein Krankheitswert der Störung bei psychopathologisch objektifizierbaren berufsrelevanten Befunden ausgewiesen sei und bescheinigte ab Februar 2009 (Abbruch des Arbeitsversuchs) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.1.3

Hausarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pharmazeutische Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. April 2009 (Urk. 8/6/2-5) eine depressive Entwicklung bei depressiven Beschwerden klassischer Art mit Energiemangel, Somatisierung und Schlafstörungen (S. 2). Er bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. März bis 4. Mai 2008, eine solche von 50 % vom 5. Mai bis 1. Juni 2008 und wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Juni 2008 bis auf Weiteres (S. 3).

E. 3.2

Im Rahmen der Neuanmeldung wurden im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Berichte zu den Akten genommen:

E. 3.2.2

Die leitende Ärztin Pneumologie vom I.____, KD Dr. med. J.____, nannte in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2012 (Urk. 8/45/17-19) folgende Diagnosen (S. 17): - Unklare chronische Thoraxschmerzen

subscapular links und anfallsartig retrosternal - unauffällige kardiale Abklärung - unauffällige pulmonale Abklärung - Verdacht auf funktionelles Geschehen - Status nach Verschluss eines ASD Typ 2 08/2011 mit Amplatzer

ASD-Occluder - Nikotinabusus, kumulativ 15 pack years (py)

Dr. J.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei ihr mit zwei verschiedenen Arten von Schmerzen zur pneumologischen Abklärung zugewiesen worden. Die erste Schmerzart habe nach dem Atriumseptumdefekt Verschluss mit einem Occluder begonnen – die Schmerzen seien chronisch und subscapular links. Die anderen Schmerzen seien

erstmalig im Mai 2011 aufgetreten. Sie seien extrem stark und kämen episodisch immer wieder. Zahlreiche Abklärungen seien bisher durchgeführt worden, ohne dass die Schmerzursache gefunden werden können.

Im klinischen Status habe keine Druckdolenz im Bereich des Thorax ausgelöst werden können, auch sonst sei dieser unauffällig gewesen. Die Lungenfunktionsprüfungen hätten sich etwas schwierig gestaltet, indem die Beschwerdeführerin bei der Ventilation nur mit mäßigem Einsatz geblasen habe und die Diffusionsmessung aufgrund der Kooperation (Mundschluss notwendig bei der Untersuchung) nicht möglich gewesen sei und keine Werte erhältlich gewesen seien. In der nativen Computertomographie (CT, bei anamnestischer Kontrastmittelallergie) habe keine Pathologie gefunden werden können (S. 2). Somit sei es nicht gelungen, eine somatische Ursache für die von der Beschwerdeführerin eindrücklich geschilderten Beschwerden zu finden. Obwohl es sich hierbei um eine Ausschluss-Diagnose handle, sei es natürlich auch denkbar, dass im Rahmen von psychosozialen Belastungen eine gewisse Somatisierungstendenz entstehe, welche sich in den beschriebenen Symptomen manifestiere

(S.

E. 3.2.4

Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. M.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, nannten in ihrem Bericht (Verlaufsbeurteilung) vom 20. Juni 2013 beziehungsweise 8. August 2013 (Urk. 8/46/6-9; vgl. auch Urk. 8/46/1-4) folgende Diagnosen (S.

E. 4

). 3. 2.

E. 4.1

Den medizinischen Berichten sind neu im Wesentlichen die Diagnosen

Thoraxschmerzen, posttraumatische Belastungsstörung sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörungen

zu entnehmen.

E. 4.2

Bezüglich der Thoraxschmerzen ist festzuhalten, dass Hausarzt Dr. F.____

ohne weitere Begründung angab, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich unter anderem krankheitshalber (kardial) verschlechtert, wohingegen die Fachärzte Prof. Dr. G.____ und KD Dr. J.____

– in ausführlicher, nachvollziehbarer und schlüssiger Weise – sowie KD Dr. N.____ übereinstimmend

darlegten, dass diese Schmerzen nicht kardial bedingt sind und es sich dabei um unklare (chronische) Thoraxschmerzen handelt. Die Beschwerdeführerin musste sich zwar wegen des Atriumseptumdefekts einer Operation unterziehen und verspürt seither täglich einen stechenden Schmerz. Entsprechende somatische Befunde konnten jedoch nicht festgestellt werden; im Gegenteil blieb ein am 30. August 2012 (Urk. 8/45/57-58) durchgeführtes CT unauffällig.

Auch

hielten die Dres. L.____ und M.____ fest, die Tatsache eines somatischen Defektes am Herzen – nach wiederholten kardialen Abklärungen – habe die Fehlattribution der Thoraxschmerzen verstärkt und die Beschwerdeführerin habe eine angstbesetzte Fixierung auf die Palpitationen und die stechenden Schmerzen im linken Brustbereich entwickelt

(Urk. 8/46 S. 8). Eine organische Genese ersahen auch sie nicht. Überdies ist zu berücksichtigen, dass es sich beim Atriumseptumdefekt (Loch in der Herzscheidewand zwischen den beiden Vorhöfen

des Herzens) um einen angeborenen Herzfehler

handelt (vgl. Urk. 8/37 S. 7). Die Beschwerdeführerin konnte mit diesem Geburtsgebrechen über Jahre stets mit einem 100 % Pensum arbeiten. Aus somatischen Gründen (Herzfehler) ist keine versicherungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich. Im Gegenteil wurde die Problematik operativ angegangen und der Septumdefekt behoben. Vielmehr sind die Thoraxschmerzen unter die somatoforme Schmerzstörung zu subsumieren und unter diesem Gesichtspunkt zu prüfen.

E. 4.3

Hinsichtlich der einzig von den Dres. M.____ und L.____ festgestellten posttraumatischen Belastungsstörung ist festzuhalten, dass die fragliche Diagnose vorwiegend auf Akten und telefonischen Gesprächen mit dem Hausarzt Dr. F.____ beruht (vgl. Urk. 8/46 S. 6) und schon aufgrund des Fehlens jeglicher Anhaltspunkte für ein derartiges Leiden in sämtlichen übrigen medizinischen Berichten als unwahrscheinlich erscheint. Die Ärzte begründeten ihre Diagnose denn auch nicht substantiiert, namentlich in Bezug auf die Schwere der stattgehabten Ereignisse. Dies erstaunt auch nicht, da es sich bei den auslösenden Vorfällen (lebensbedrohlicher Skiunfall sowie langwierige Wiedereingliederung und langjährige Invalidität des Ehemannes, Suizid und tragischer Unfalltod zweier Brüder, Eingriff am Herz, Thoraxschmerzen und damit verbundene permanente Angst [vgl. etwa Urk.

E. 4.4.1

Für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bedarf es grundsätzlich einer fachärztlichen, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützten Diagnose (BGE 130 V 396 E. 6). Somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leidenszustände vermögen in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken

(BGE 130 V 352 E.

E. 4.4.2

Aus der erwähnten Verlaufsbeurteilung erhellt, dass unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkt. Mithin sind die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach der Rechtsprechung zum Symptomenkomplex der somatoformen Störungen beziehungsweise den unklaren Beschwerden zu beurteilen, wonach ein in validisierender Charakter nur unter spezifischen Voraussetzungen angenommen wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_75/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.2.2).

E. 4.4.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130

V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturierteres Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprechen der Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und

vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren

– rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leiden druck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Ein zelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern In dizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 4.4.4

Aufgrund der medizinischen Akten ist vorliegend ke ine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ersichtlich, da weder somatisch bedingte Be schwerden vorliegen noch eine posttraumatische Belastungsstörung

überzeu gend dargelegt wurde (vgl. E. 4.2-3

hievor). Damit reduziert sich die Ausprä gung auf die Schmerz klagen. Unter dem Titel „aktuelle Behandlungen“ ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit 2 5. Februar 2013 bei Dr. L.____

in Behandlung ist

(vgl. Urk. 8/46 S. 1 und 3). Hausarzt Dr. F.____ behandelt sie seit 2 1. Januar 2002 (Urk. 8/6 S. 2). Wie regelmässig diese Behandlungen beziehungsweise Konsultationen sind, ist aber nicht ersichtlich. Auch w enn sich die Beschwer deführerin bezüglich der Thoraxschmerzen bei Dr. N.____ – wie sie selber angab - in regelmässige Behandlung begibt (vgl. Urk. 1 S. 4) , kann angesichts der Tatsache, dass diese lediglich alle drei Monate stattfindet und sich die Be schwerdeführerin bis anhin auch nie einer intensiven Schmerztherapie unterzo gen hat , nicht von einem ernsthaften Leiden gesprochen werden. Mangels wei terer diesbezüglicher medizinischen Unterlagen in den Akten, kann nicht von einem tatsächlichen Behandlungsbedürfnis ausgegangen werden (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2) .

Bei der Beurteilung der Komorbidität ist neu eine Gesamtbetrachtung der Wech selwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen beglei tenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen. Neben der somatoformen Schmerzstörung leidet die Beschwerdeführerin an keinen weiteren Erkrankun gen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit . Von einer Komorbidität ist bei diese r Sachlage nicht auszugehen.

Bezüglich des sozialen Kontexts ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin über ein funktionierendes Familienleben verfügt, jedenfalls ist den Akten nichts anderes zu entnehmen. Insbesondere hat sie eine g ute Beziehung zu ihrem Ehemann, den beiden Kindern

sowie weiteren Verwandten und Bekannten – der Haushalt funktioniert ebenfalls (vgl. Urk. 8/63 S. 2 f.) . Die Beschwerdeführerin lebt demgemäss in intakten Familienverhältnissen m it einem wohlwollenden Ehemann . Sodann bestehen gute intellektuelle Ressour cen, verfügt die Beschwerdeführerin doch gemäss Hausarzt Dr. F.____ über die notwendige

Intelligenz und ein erhebliches Engagement (Urk. 8/78 S. 1). Zudem ist sie im Anschluss an die Oberstufe zu O.____ in den Verkauf gegangen und hat sich im Verlauf der Zeit bis in eine leitende Funktion hochgearbeitet (Urk. 8/46 / 7) . Somit sind bei der Beschwerdeführerin persönliche und soziale Ressourcen erkennbar, welche durch ihre psychischen Probleme nicht in Frage gestellt werden.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist zu bemerken , dass die Beschwerdeführerin kaum eigene Interessen hat

(vgl. Urk. 8/63 S. 2 f.).

Mangels weiterer Angaben bezüglich

des Aktivitätsniveaus beziehungsweise dessen Einschränkung aufgrund der Beschwerden ist nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auszugehen .

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht als in ausgeprägtem Umfang gegeben erachtet werden können, daran ändern auch – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 3 f.) – die Ausführungen im Abschlussbericht (Modul A Arbeitsdiagnostik) vom 17. März 2014 von der C.____ (Urk. 8 / 63) nichts, da dieser nicht von Ärzten verfasst wurde (vgl. S. 7) und massgeblich auf den nicht hinterfragten Leistungen und Klagen der Beschwerdeführerin gründet. Da auch kein ausgewiesener behandlungsanamnestischer Leidensdruck besteht (keine Schmerztherapie), ist

insgesamt eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen der Schmerzproblematik zu verneinen.

Damit ist der Beschwerdegegnerin zu folgen, welche nicht etwa am Schmerz scheitern zweifelte, sondern – nach der überholten bisherigen Praxis – zum Ergebnis kam, dass die vorliegende Pathologie invalidenversicherungsrechtlich nicht zu einer Leistungspflicht führt. 5.

Zusammenfassend steht fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erlass der rentenabweisenden Verfügung (27. April 2010) nicht in einer anspruchserheblichen Weise verschlechtert hat. Damit steht ihr keine Rente der Invalidenversicherung zu, weshalb sich die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2014 als rechtens erweist und die Beschwerde abzuweisen ist. 6 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 Käser

E. 5

KD Dr. med. N.____, leitender Arzt Kardiologie, I.____, hielt in seinem Schreiben vom 15. Oktober 2014 (Urk. 8/74/1-2) fest, die Beschwerdeführerin leide seit ungefähr 2011 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an nicht kardial bedingten Thoraxschmerzen. Aktuell sei sie in ihrer angestammten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Aufgrund der Thoraxschmerzen sei sie nicht in der Lage, Gewichte zu heben. In einer angepassten Tätigkeit sei sie möglicherweise arbeitsfähig, dies hänge unter anderem vom Erfolg von Eingliederungsmassnahmen ab (S. 1). Die Ursache der chronischen und episodenhaft akzentuiert auftretenden Thoraxschmerzen sei und bleibe ungeklärt. Eine Angstkomponente spiele eine Rolle (S. 2).

E. 6

Hausarzt Dr. F.____ hielt mit Schreiben vom 2. November 2014 (Urk. 8/78) fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem 27. April 2010 aufgrund psychischer Belastungsfaktoren im Familienbereich, am Berufsort und krankheitshalber (kardial) verschlechtert habe. In ihrer angestammten Tätigkeit sei sie nicht arbeitsfähig. Eine Überforderung körperlicher und psychischer Art sei eindeutig gegeben und nachgewiesen. Ob sie in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei, könne erst nach einer Umschulung beurteilt werden (S. 1). 4.

E. 8

/ 63 S. 1 f.) – ob - schon ihnen eine gewisse Eindringlichkeit nicht abgesprochen werden kann –

um

keine traumatischen Ereignisse von aussergewöhnlicher Schwere handelte (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6 in fine und E. 7 mit Hinweisen).

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