

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00414 vom 22. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00414](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00414)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00414 du 22 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00414 del 22 febbraio 2017

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1961, diplomierte Handarbeitslehrerin (Urk. 6/77) war von 2003 bis 2008 als Handarbeitslehrer son bei der Y.\_\_\_\_ tätig (Urk. 6/12, Urk. 6/79). Unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression, ein Burnout und chronische Kopfschmerzen meldete sie sich am 2. Februar 2007 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 29. Oktober 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 25 % einen Rentenanspruch (Urk. 6/34). Mit Verfügung vom 3. Dezember 2007 verneinte die IV-Stelle auch einen Anspruch auf eine Umschulung (Urk. 6/35).

Von 2008 bis 2014, wobei der letzte Arbeitstag der 31. März 2012 war,

war die Versicherte als Handarbeitslehrerin bei der Z.\_\_\_\_

tätig (Urk. 6/163, Urk. 6/193/43; vgl. auch Urk. 1 S. 3). Am 26. Oktober 2012 meldete sie sich unter Hinweis auf Morbus Menière, Hörverlust rechts, Tinnitus, Kopf- und Kieferschmerzen, Schwindel und Übelkeit, erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 6/64). Am 16. April 2013 ordnete die IV-Stelle eine berufliche Abklärung (BEFAS) an (Urk. 6/87). Die Abklärung dauerte vom 13. Mai bis 7. Juni

2013 (vgl. Schlussbericht BEFAS vom 2. Juli

2013, Urk. 6/99). In der Folge fand ein Arbeitsversuch und anschliessend ein Aufbautraining bei der Firma A.\_\_\_\_ statt (Urk. 6/107, Urk. 6/116, Urk. 6/137). Mit Mitteilung vom 24. Juni 2014 wurde festgestellt, dass die beruflichen Massnahmen abgebrochen wurden (Urk. 6/146). Mit Mitteilung vom 24. Juli 2014 wurde Kostengutsprache für eine Hörgerätepauschale geleistet (Urk. 6/159).

Die IV-Stelle veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Ärzte der B.\_\_\_\_, über welche am 31. Dezember 2014 berichtet wurde (Urk. 6/193).

Mit Verfügung vom 23. Januar 2015 wies die IV-Stelle das Gesuch für die Gutsprache der Mehrkosten der Hörgeräteversorgung ab (Urk. 6/194). Eine dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 6/195/3) zog die Versicherte am 8. Mai 2015 zurück (vgl. Urk. 6/208).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/206 - 207, Urk. 6/209 - 225,

Urk. 6/227 - 229) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Februar 2016 (Urk. 6/231 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

### 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).

### **E. 1.2**

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.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201

### **E. 1.3**

).

So war der unerfüllte Kinderwunsch für die Beschwerdeführerin einschneidend. 1998 und 1999 nahm sie mit ihrem Ehemann zwei Pflegekinder und damit eine erhebliche Belastung auf sich. 2002 kam es zur Trennung und 2004 zur Scheidung ihrer langjährigen Ehe. Da die Beschwerdeführerin die Pflege von zwei Kindern nicht mehr erbringen konnte, wurde das Pflegeverhältnis 2003 aufgelöst. Aufgrund der finanziell angespannten Situation musste die Beschwerdeführerin ihre Berufstätigkeit als Handarbeitslehrerin wieder aufnehmen. Sie fühlte sich überfordert und hatte Mühe, den Überblick über das Unterrichtsgeschehen zu behalten. 2005 kam es zu einem Burnout. Als der Arbeitgeber das Pensum der Beschwerdeführerin 2006 reduzierte, fühlte es sich für sie an, als sei ihr der Boden unter den Füßen weggezogen worden. Die Überforderung hat sich auch im privaten Bereich ausgewirkt, weshalb das zweite Pflegeverhältnis per 2008 ebenfalls beendet worden ist. Im selben Jahr verstarb ihr Vater. Ab 2008 bis 2012 arbeitete sie wieder als Handarbeitslehrerin. Zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes kam es nach dem Auftreten von erheblichen Hörproblemen (Urk. 6/121/12-13, vorstehend E. 3.1.1). Im Jahr 2014 brach die Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch mit anschliessendem Aufbautraining

ab. Die Beschwerdeführerin erhält seit April 2014 keine Lohnfortzahlung mehr und lebt von ihrem Ersparten (Urk. 6/193/1-33 S.

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und ge gebenfalls 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 arbeits unfähig 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**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medi zinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situa tion einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 11. April 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. Februar 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai

2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 27. Mai 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) da von aus, dass kein Gesundheitsschaden vorliege, der die gesetzlichen Krite rien für IV-Leistungen erfülle. Psychosoziale und psychosomatische Prob leme seien nicht IV-relevant (S. 1 unten). Vorliegend hätten psychosoziale Belastungs faktoren eine entscheidende Rolle übernommen (S. 2 oben). Zu dem würden viele persönliche Ressourcen vorliegen. Der Leidensdruck er scheine aufgrund der fehlenden leitliniengerechten Behandlung als gering (S. 2).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin bestritt die Überwindbarkeit der gesundheitlichen Störung (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4). Schon allein der Hörverlust schliesse die bis he rige Tä tigkeit als Handarbeitslehrerin im Klassenverband aus. Die Annah me der Beschwerdegegnerin, dass keine leitliniengerechte Behandlung statt finde, sei zurückzuweisen. Es seien diverse stationäre und ambulante Behand lungen dokumentiert. Per 1 2. April 2016 habe sie zudem wiederum eine stationäre Behandlung in der C.\_\_\_\_ aufgenommen. Im Rahmen der Ressourcen habe die Beschwerdegegnerin aufgeführt, dass sie ein Pflegekind betreue. Das Pflegeverhältnis sei grundsätzlich 2006 aus gesundheitlichen Gründen been det worden. Seit August 2015 wohne das Kind wieder bei ihr, habe jedoch mit der Lehre angefangen und sei werktags ausser Haus. Unerwähnt bei den Ressour cen bleibe das ausgeprägte Vermeidungsverhalten, was sich letztlich auch in der Diagnose einer ängstlichen Persönlichkeit niederschlage. Es be stehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug, der sich auch

darin zeige, dass bei spielsweise Einkäufe fast ausschliesslich online erledigt würden (S. 5). Sie könne sich vorstellen, Teilzeit in einem Büro, beispielsweise in der Buchhaltung zu arbeiten. Sie würde hierzu auch einiges mitbringen, wobei die Buchhaltungskennnisse fehlen würden. Es müssten also nach Abschluss des Klinik aufenthaltes berufliche Massnahmen in dieser Richtung geprüft werden. Zusammenfassend sei auf das voll beweiskräftige Gutachten abzustellen (S. 5

f.) .

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Mit ärztlichen Zeugnissen vom 17. Januar 2013 und 4. März 2013 (Urk. 6/76) attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt Schmerz- und Komplementärmedizin, E.\_\_\_\_, der Beschwerdeführerin

vom 14. Januar bis 1. März

2013 und vom 3. bis 31. März

2013 eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit. 3. 2

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, er stattete am 11. März 2013 das von der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich veranlasste Gutachten (Urk. 6/227) und nannte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 5.1). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anamnestic rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10 F33.0), Differentialdiagnose reaktiv bei psychosozialen Belastungsfaktoren (familiäre, berufliche, finanzielle und gesundheitliche Probleme) sowie einen Verdacht auf eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit ängstlich-abhängigen und histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1; S. 19 Ziff. 5.2).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 18. Dezember 2012 keine Arbeitsunfähigkeit (S. 20 oben). 3. 3

Die Ärzte der

G.\_\_\_\_ nannte n mit Austrittsbericht vom 12. März

2013 (Urk. 6/153/8-11) die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt, ICD-10 F43.22 - Tinnitus und Hörverlust rechts - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 - chronische Migräne

Nach dem Auftreten eines therapierefraktären Tinnitus sei es zu zunehmender depressiver Symptomatik mit Erschöpfung, Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, sozialer Isolation, Ängsten, Agoraphobie und ungerichteten

Panikattacken gekommen, was sie als Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt interpretieren würden (S. 3 Mitte). Die Fortführung einer ambulanten Physiotherapie werde empfohlen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem August 2012. Aktuell erscheine eine berufliche Reintegration als Handarbeitslehrerin, infolge des Tinnitus, der Lärmempfindlichkeit aber auch der persistierenden Kopfschmerzen, mittelfristig unrealistisch (S. 4 oben). 3. 4

Im Schlussbericht BEFAS der Abklärungsstelle H.\_\_\_\_

vom 2. Juli 2013 (Urk. 6/99) wurde aus allgemeinärztlich-rheumatologischer Sicht festgehalten, dass die Beschwerdeführerin an einem persistierenden Hörverlust und Tinnitus rechts, aufgetreten im Rahmen einer Menière -Krankheit , leide. Zu dem sei klinisch eine muskuläre Dysbalance mit Insertionstendinopathien

nuchal beidseits und im Beckengürtelbereich festgestellt worden . Des Weiteren seien Anhaltspunkte für eine generalisierte Gelenkhyperlaxität vorhanden. Schliesslich

sei gemäss der Neurologin eine multifaktorielle Kopfschmerzproblematik zu erwähnen (S. 7 f. Ziff. 2.4 ). Rein von somatischer Seite her könnten

der Beschwerdeführerin behinderungsadaptiert in ruhiger Umgebung ausübbar , körperlich leichtere Tätigkeiten zugemutet werden, bei Möglichkeit des Einnehmens von Wechselpositionen sowie unter Berücksichtigung einer angegebenen Kälteempfindlichkeit. Im Zusammenhang mit Hörverlust /

Tinnitus rechts, mit beklagter deutlicher Lärmempfindlichkeit, er scheine aufgrund der aktuellen Beurteilung eine Reintegration im angestammten Beruf als Handarbeitslehrerin nicht mehr realisierbar (S. 10 f. Ziff. 3.1) .

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, dass eine kurze Ehe mit einem als dominant erlebten Mann aufgrund von ungewollter Kinderlosigkeit zur Annahme von zwei Pflegekindern geführt habe. Die rasch darauf erfolgte Trennung vom Ehemann bei gleichzeitiger starker Belastung durch die bei den Kindern habe zu grösseren Krisen und erster stationärer Behandlung geführt (S. 9 oben). Die Biografie sei gekennzeichnet durch immer wieder auf tretende Krisen und eine Chronifizierung des Selbstkonzepts als „Kranke“. Zeiten von subjektiver Gesundheit seien rar und es mache Sinn, den Fokus nicht auf die einzelnen Symptome zu richten, sondern auf die gesamte Persönlichkeit der Beschwerdeführerin (S. 9 Mitte). Die Art der Beziehungsge staltung , die Beschreibung der ehelichen Dynamik, auch im Zusammenhang mit den während der BEFAS gemachten Erfahrungen , liesse die Diagnose einer depressiven Persönlichkeitsstörung zu. Vermutlich handle es sich hierbei um das Hauptproblem hinter der vielfältigen Symptomatik. In diesem Zusammenhang zu sehen seien die Überangepasstheit, die mangelnde Selbstfürsorge , das schlecht ausgeprägte Abgrenzungsvermögen sowie das schlechte „Nein sagen können“, welche die Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung im Alltag ausmachen und dazu führen würden , dass die Beschwerdeführerin unter starken inner psychischen Druck gerate und in der Folge eine mangelhafte Toleranz für physische Symptome einschliesslich Schmerzen entwickelt habe. Die neu rasthenischen Beschwerden seien in diesem Kontext zu interpretieren.

Eine Anpassungsstörung, wie sie von der I.\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei, bestehe nicht , da sie der langjährigen Leidensgeschichte und der Komplexität der Beschwerdesymptomatik nicht gerecht werde (S. 9 Mitte) .

Die therapeutischen Bemühungen hätten sich vor allem um die Symptome gedreht und hätten möglicherweise die dependente Persönlichkeitsstruktur als Motor des Krankheitsgeschehens zu sehr ausser Acht gelassen. Dies lasse sich am aktuellen Therapeutennetz illustrieren. Die Beschwerdeführerin befinde sich zurzeit in Behandlung bei einer Psychologin, einem Schmerzspezialisten, bei einer Homöopathin und Naturheilkundlerin, in Physiotherapie sowie bei einem Rheumatologen und ausserdem beim

Hausarzt. Ein Krankheitsgewinn durch diese professionalisierte Zuwendung bei der sozial isolierten Patientin sei anzunehmen (S. 9 f.).

Vermutlich würde das Bearbeiten der dependenten Beziehungsmuster zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung führen und in der Folge das Coping mit den Krankheitssymptomen verbessern. Auch sollte an der Somatisierungstendenz, den übergeneralisierenden und verzerrten Kognitionen, der Aggressionshemmung, den sozialen Kompetenzen sowie am Selbstwertgefühl gearbeitet werden. Eine schmerzmodulierende antidepressive Therapie sei ihr ebenfalls angeraten worden (S. 10 oben).

Es liege eine grosse Symptombelastung vor und die bereits erfolgte Chronifizierung sei unübersehbar. Die Beschwerdeführerin verfüge aber auch über eine Menge Ressourcen wie Motivation, Introspektionsfähigkeit und ausreichende Differenziertheit, um mit therapeutischer Unterstützung dem Strudel von zunehmenden Symptomen und konsekutiver psychischer Mehrbelastung zu entkommen (S. 10).

Ihr könnten aus psychiatrischer Sicht leichte körperliche Arbeiten mit Wechselbelastung in einem reizarmen Umfeld zugemutet werden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, gelegentliche Pausen zu nehmen und die Präsenzpflicht sollte nicht allzu strikt sein. Ausserdem sei sie auf ein verständnisvolles, wertschätzendes Arbeitsumfeld und insbesondere auf rücksichtsvolle Vorgesetzte angewiesen. In einem solchen Umfeld sollte eine Pensumsleistung von 50 % mit reduzierten Erwartungen an die Arbeitsleistung von Beginn an realisierbar sein. Einen günstigen Verlauf und auch eine geeignete therapeutische Bearbeitung voraussetzend, liesse sich möglicherweise eine Steigerung auf 60 bis 70 Prozent erreichen (S. 11 Ziff. 3.2). 3. 5

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erstattete am 8.

August 2013 das von der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich veranlasste Gutachten (Urk. 6/121) und nannte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittel- bis hochgradige pantonale sensorineurale Schwerhörigkeit rechts, leicht- bis mittelgradige hochtonbetonte Schwerhörigkeit links und einen Rauschtinnitus rechts, knapp kompensiert

(S. 21 lit. E.).

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die folgenden: - Fibromyalgie Syndrom mit/bei: - Spannungskopfschmerzen, zervikal und lumbal betontem Panvertebralsyndrom - subjektiv Müdigkeit, schlechtem Schlaf und Konzentrationsstörungen - schubförmige Multiple Sklerose mit/bei: - begleitenden vegetativen funktionellen Störungen - Migräne - anamnestic rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD 10 F33.0) mit/bei: - reaktiv bei psychosozialen Belastungsfaktoren (familiäre, berufliche, finanzielle und gesundheitliche Probleme) - Verdacht auf Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit ängstlich-abhängigen und histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1).

Die Beschwerdeführerin habe zu ihrer aktuellen sozialen Situation und ihrem Tagesablauf (S. 14 f.) ausgeführt, dass sie auf der Terrasse ihrer Eigentumswohnung einen Kräutergarten angepflanzt habe und die Pflanzen selber pflege.

Zudem habe sie als Hobby das Malen angegeben. Aktuell besuche sie am Mittwochnachmittag einen Zeichnungskurs in der K.\_\_\_\_, es seien etwa 10 Teilnehmer. Sie arbeite an einem Fotobuch über Wander- und Spazierwege sowie über die umgebende

Natur, wobei sie bei ihren Spaziergängen die Wander- und Spazierwege selber fotografiere. Die Bilder bearbeite sie selber am Computer, füge diese in das Buch ein und schreibe die Texte dazu. Im Sommer gehe sie gerne im Haslisee schwimmen. Sie schwimme auch gerne im Meer. Der 13

1/2-jährige Pflegesohn sei jeweils an den Wochenenden und in den Ferien bei ihr. Sie besitze den Führerausweis und fahre Auto, so für die Einkäufe, für den Besuch von Therapien und Arztkonsultationen. Mittlerweile könne sie wieder die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen.

Vorher habe sie grössere Menschenansammlungen wegen Ängsten vermieden. Sie wolle demnächst auch wieder Velo fahren und sich ein Elektrovelo anschaffen. Haushalt und die Einkäufe könne sie selbst bewältigen, weil sie die Arbeiten einteilen und bei Bedarf auch Pausen machen könne. Sie stehe zirka um 7 Uhr auf. Nach der Körperpflege und dem Ankleiden nehme sie das Frühstück ein, bei schönem Wetter auf der Terrasse. Sie lese Zeitung, beantworte E-Mails und informiere sich im Internet. Sie sei in einer Selbsthilfegruppe für chronische Schmerzpatienten. Drei Mal pro Woche absolviere sie zu Hause Yoga Übungen. Danach erledige sie mit Pausen die anfallenden Haushaltstätigkeiten. Manchmal stünden am Vormittag Arztbesuche und Therapien an. Bei schönem Wetter arbeite sie am Laptop draussen auf der Terrasse, lese dort und nehme auch das Mittag- und Nachtessen auf der Terrasse ein. Manchmal ruhe sie sich auf der Terrasse im Liegestuhl aus. In der Regel mache sie am frühen Nachmittag einen Mittagschlaf von ein bis zwei Stunden Dauer oder döse vor sich hin, um sich von der Müdigkeit und Erschöpfung zu erholen. Nachmittags erledige sie Einkäufe und gehe ihren Hobbys nach. Sie müsse sich zu den Einkäufen noch überwinden. Sie achte auf gesunde Ernährung. Nach dem Nachtessen schaue sie noch fern und gehe zwischen 22 und 23 Uhr zu Bett. Die Wochenenden und teilweise die Ferien verbringe sie mit ihrem Sohn. Zuletzt sei sie letztes Jahr 2 Wochen in den Ferien gewesen. Sie habe mit einer Freundin Cornwall bereist. Sie seien mit dem Flugzeug nach England geflogen und hätten dort ein Auto gemietet, sie seien abwechselungsweise gefahren. Sie habe sich rasch an den Linksverkehr gewöhnt. Im Sommer 2011 habe sie eine Woche Badeferien in Ägypten verbracht.

Sie sei weiterhin bei Dr. D.\_\_\_\_ im E.\_\_\_\_ in Behandlung, ein bis zwei Mal pro Woche, je nach Intensität der Beschwerden. Er führe manchmal Neuraltherapie bei ihr durch, was aber jeweils nur kurzfristig helfe. Manchmal führe sie psychotherapeutische Gespräche. Er sei wie ein Coach. Sie werde mit Fussreflexzonenmassage und klassischer Massage behandelt, um Verspannungen zu lösen, ein Mal pro Woche seien

Triggerpunkte behandelt worden, teils manuell, teils mit Dry Needling. Ein Mal pro Woche erfolge eine Behandlung mit Bioresonanz, um die Energieflüsse auszugleichen, abwechselnd mit Akupunktur.

Weiter mache sie Lymphdrainage und nehme homöopathische Mittel. Der Nutzen dieser Therapien sei aber nicht allzu gross, dennoch habe sie Angst, dass sich ihr Zustand ohne die therapeutischen Bemühungen verschlechtern würde. Ein Mal pro Woche sei sie in Psychotherapie bei Frau L.\_\_\_\_, dadurch gehe es ihr psychisch besser (S. 17).

Aufgrund der Krankheitsentwicklung, der chronischen und im Ausmass von der Versicherten beklagten Beschwerden und Befunde mit einem WPI (Widespread

Pain Index) von 10 (14) und einem SS Scale Score von 10 seien die Diagnosekriterien für ein Fibromyalgie Syndrom alle erfüllt (S. 27 oben) . Gemäss Bundesgerichtsentscheid gelte das Fibromyalgie Syndrom mit Willensanstrengung als überwindbar und sei daher versicherungs medizinisch nicht mehr versichert, ausser, es liegt eine Komorbidität vor, welche im Ausmass und in der Schwere die Willensanstrengung stark beeinträchtigen könnte. Eine derartige Erkrankung im somatischen Bereich liege nicht vor. Es stelle sich daher die Frage, ob eine schwere Komorbidität im psychiatrischen Bereich vorliege (S. 27 unten) . So wie sich die Versicherte aktuell von der psychischen Seite her präsentiere und mit ihren Aktivitäten (siehe aktuelle soziale Situation und Tagesablauf) sei keine depressive Episode erkennbar . Es liege aktuell ein remittierender Zustand vor.

Die Beschwerdeführerin zeige Eigeninitiative und arbeite

an einem illustrierten Buch über Wanderwege, sie könne wieder alleine unter Menschen, sie könne mit einer Freundin nach Schottland fliegen und das Land mit dem Auto bereisen und mehr. Was immer wieder schwer gewesen habe, sei das subjektiv empfundene reduzierte Leistungsvermögen mit Teilarbeitspensen und Ängsten über Stellenverluste und finanzielle Schwierigkeiten. Bei einem Gang zur Sozialbehörde

würde

die Versicherte auch ihre Eigentumswohnung verkaufen müssen . Es lägen also

gewichtige psychosoziale Gründe mit Einfluss auf die Psyche vor . Demnach könne auch aktuell eine psychische Komorbidität, welche die Willensanstrengung zur Überwindung der Fibromyalgie einschränke, vereint werden. Eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor (S. 28 unten) .

Bezüglich Kopfschmerzen liege wahrscheinlich eine eigenständige Migräne vor (S. 27 oben).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Handarbeitslehrerin in einer Normalklasse könne aufgrund der vorliegenden sensorineuralen Schwerhörigkeit aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100

prozent attestiert werden, die aber noch nicht ausgethert sei und medizinisch theoretisch ab September 2013 (Termin zur Hörgeräteversorgung, vgl. S. 24 Mitte)

innerhalb eines halben Jahres wieder zur vollen Arbeitsfähigkeit führen könne , also ab März 2014. Aufgrund der Fibromyalgie könne aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 29 oben) .

Für eine körperlich leichte angepasste Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten und mit der Möglichkeit zu wechselnden Körperpositionen in ruhiger reizarmer Umgebung und einzelnen bis wenigen Gesprächspartnern sei die Versicherte

zu 100

prozent arbeitsfähig, dies wiederum unter dem versicherungsmedizinischen Aspekt, dass aufgrund des Fibromyalgie Syndroms keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werde . Die bisherige Tätigkeit als Handarbeitslehrerin würde einer oben beschriebenen körperlich leichten Tätigkeit entsprechen (S. 29 Mitte) . 3. 6

Dr. med. M.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie , und lic . phil. L.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, nannten mit Kurzbericht vom 9. Januar 2014 (Urk. 6/127) die

folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - ängstlich vermeidendes Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.6 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 - chronische Migräne - Tinnitus und Hörverlust rechts

Zur Behandlung führten sie aus, dass seit April 2012 mit Unterbrüchen eine systemische, hypnotherapeutische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie durchgeführt werde (S. 1 Mitte). 3. 7

Dr. D.\_\_\_\_

führte mit Bericht vom 29. Januar 2014 (Urk. 6/129) aus, es stehe in keiner Weise die Diagnose einer Fibromyalgie im Raum. Es bestehe bei der Versicherten eine chronische Migräne, ein chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit/bei muskulärer Dysbalance und Haltunginsuffizienz, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform und in intermittierenden Muskelschmerzen und daneben davon völlig unabhängiger Tinnitus und Hörverlust rechts (S. 1 Mitte). Bis zum Ende des aktuellen Arbeitsversuches könne sicher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Jede weitere Steigerung sei aus schmerzmedizinischer Sicht langfristig nicht haltbar. Bezüglich des Arbeitsprofils könne ebenso davon ausgegangen werden, dass die Hörstörung nicht vollständig wieder behoben werden könne, so dass eine Rückkehr in den Schulbetrieb nicht sinnvoll sei (S. 2 oben). 3.

## **E. 5**

E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

## **E. 8**

Dr. D.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 11. Juli

2014 (Urk. 6/153/6-7) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit/ bei: - muskulärer Dysbalance und Haltunginsuffizienz, chronischem

lumbovertebralem Schmerzsyndrom, intermittierende generalisierte Myalgien unklarer Genese - chronische Migräne - Tinnitus und Hörverlust rechts - Anpassungsstörung, Angststörung mit Panikattacken und depressive Reaktion gemischt - chronische Kiefer-, Gesichts- und Nackenschmerzen beidseits bei Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur beidseits

Die Beschwerdeführerin sei seit 2009 in schmerzmedizinischer Behandlung wegen ihrer chronischen Migräne in der Schmerzambulanz des E.\_\_\_\_. Im Verlauf sei ein Tinnitus und Hörverlust rechts hinzugekommen. Da die Arbeitsfähigkeit beim Reintegrationsversuch

auf lediglich 30 % gesteigert werden können, sei dieser Arbeitsversuch abgebrochen worden. Prognostisch sehe er bei der Versicherten nun eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. Ob diese auf 50 % gesteigert werden könne, sei unklar (S. 1 Ziff. 1.4) . 3.

## **E. 9**

Die Ärzte der ORL-Poliklinik, N.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 31. Juli 2014 (Urk. 6/166/1-6) eine beidseitige sensorineurale Schwerhörigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). Eine vor einigen Jahren versuchte Hörgeräteversorgung habe nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Aktuell werde eine Neuversorgung evaluiert. Die früher bestandenen Schwindelbeschwerden würden momentan im Hintergrund stehen (S. 1 f. Ziff. 1.4) . 3.

## **E. 9.00**

Uhr, danach mache sie eine Meditation im Bett, stehe auf, gehe ins Bad, dusche sich, ziehe sich an, nehme ein Frühstück mit Tee ein, erst später trinke sie einen Kaffee. Dann lese sie Zeitung. Bücher lese sie, wenn sie es von der Verfassung her könne. Danach checke sie am PC ihre Mails. Den 15-jährigen Pflegesohn sehe sie eher am Wochenende und in den Ferien, aber in einem Jahr werde er nach Hause kommen, wenn er eine Lehre absolvieren werde. Sie erledige den Haushalt soweit sie dies könne, giesse die Blumen und putze das Bad. Das Mittagessen werde warm zubereitet und alleine eingenommen. Danach räume sie die Küche auf, anschliessend lege sie sich zirka eine Stunde hin und brauche absolute Ruhe. Danach gehe sie je nach Wetter spazieren oder einkaufen, manchmal treffe sie sich mit einer ehemaligen Arbeitskollegin oder Nachbarin, auch käme mal Besuch. Sie fahre E-Bike, sonst würde sie nicht mehr Fahrrad fahren, da ihr Ex-Ehemann ihr dies verleidet habe, weil dieser sie immer abgehängt habe. Schwimmen würde sie eher im Sommer im Naturteich, ins Hallenbad gehe sie nicht. Wenn sie sich zu sehr anstrengt,

bekomme sie Kopfschmerzen, deswegen fahre sie auch E-Bike. Sie habe Nordic Walking probiert, aber davon Kopfschmerzen bekommen und dies wieder einstellen müssen. Kontakt mit dem Pflegesohn habe sie während der Woche mittels SMS und WhatsApp. Wenn es ihr schlecht gehe, dann ziehe sie sich zurück und es komme sogar vor, dass sie das Telefon dann nicht abnehme. Das Abendessen nehme sie meist kalt zu sich, anschliessend sehe sie fern. Musik höre sie eher beim Spazieren, um den Verkehrslärm auszublenden. Ansonsten lese sie gerne Bücher. Ins Bett gehe sie um 23.00 Uhr, hier mache sie noch einmal ihre Meditation vor dem Einschlafen (S. 14 f.). Als Hobbys habe die Beschwerdeführerin Malen, Lesen und

Spazieren angegeben. Sportlich würde sie sich mittels Yoga betätigen. Sie wohne in einer 4.5-Zimmerwohnung ohne Garten (Eigentumswohnung) in einem Zwei-Personenhaushalt (S. 15 unten). 3.11.3

Aus psychiatrischer Sicht könne die aktenkundige Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt werden. Aktuell präsentiere sich die Versicherte mit kognitiven Defiziten sowie mit zum depressiven Pol hin verschobener Affektivität, verminderter Hedonie sowie subjektiven psychomotorischen Defiziten, daher mit einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode. Es bleibe fraglich, ob und inwiefern der angegebene Cannabiskonsum zur Entwicklung der beklagten Beschwerden und objektivierbaren Defizite beigetragen habe. Dies könne nur dann zuverlässig geklärt werden, wenn die Versicherte während mehrerer Monate konsequent vom Cannabis abstinenter bleibe. In ihrer aktuellen Lage, wo sie seit mehreren Jahren fluktuierend eine depressive Problematik aufweise, sei der Cannabiskonsum, unabhängig von dessen

Intensität , als sehr schädlich einzustufen (S. 18 Ziff. 5.1) .

Auch sei die Vordiagnose einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10

F60.6) zu bestätigen . Die Versicherte beschreibe sich Zeit ihres Lebens als ängstlich, wobei dies bereits in ihrem Schulalter zu teilweise erheblichen Sozialisierungsproblemen geführt habe . Es könne vermutet werden, dass die Auswahl des Berufes im Sinne einer Hyperkompensation stattgefunden habe . Die psychische Problematik der Versicherten werde mit organisch begründbaren Störungen wie Bruxismus, Migräne/Spannungskopfschmerz, Hörverlust /

Tinnitus in Verbindung gebracht , wobei bei all den Störungsbildern eine gewisse psychische Komponente im Sinne einer möglichen Besserung des Zustandsbildes nach stattgefundener Besserung der psychischen Situation anzunehmen sei . Letzteres für die Versicherte trotz langjähriger Behandlung nicht erreichbar, die drei

der Versicherten erinnerlichen Versuche der medikamentösen Behandlung seien erfolglos geblieben . Auf dem psychiatrischen Fachgebiet sei das Vorliegen der organisch begründbaren Problematik als ein erschwerender Faktor zu sehen, wobei die Überwindbarkeit der beklagten Phänomene beim Vorliegen einer erheblichen psychiatrischen Komorbidität (affektive Störung/ Persönlichkeitsstörung) relevant limitiert erscheine (S. 18 Ziff. 5.1) .

Kurz vor der Trennung von ihrem langjährigen Ehemann habe die Versicherte zwei Pflegekinder aufgenommen und damit, soweit nachvollziehbar, eine erhebliche Belastung auf sich genommen. Sie habe drei respektive zwei Jahre danach erstmalig eine manifeste psychiatrische Problematik entwickelt, welche zu diesem Zeitpunkt als Zusammenbruch und Erschöpfungsdepression eingeordnet worden sei. Rückblickend sei bei der Versicherten das Vorliegen von mehreren depressiven Episoden zu eruieren, was mit der vorliegenden Aktenlage konform sei. Zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes sei es nach dem Auftreten von erheblichen Hörproblemen gekommen (S. 19 oben).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten um 50

% eingeschränkt. Die Einschränkung ergebe sich aus kognitiven Defiziten sowie einer relevant verminderten Stresstoleranz und erheblich reduzierten emotionalen Belastbarkeit. Tätigkeiten, welche nachts, im Schichtbetrieb sowie unter erheblichem

emotionalem Zeitdruck ausgeübt werden müssen, seien der Versicherten dauerhaft nicht zumutbar. Bei der Versicherten sei das Erreichen einer möglichst baldigen Verbesserung ihrer affektiven Gesundheit als prioritär anzusehen. In diesem Zusammenhang sei zur Aufnahme einer leitliniengerechten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu raten (S. 19 Mitte) . 3.11.4

Aus rheumatologischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

genannt werden . Sodann nannte der rheumatologische Gutachter folgende, hier gekürzt

angeführte , Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 f. Ziff. 5.2) : - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit myotendinogenem

Schmerzsyndrom (aktuell Trapezius , Sternocleidomastoideus , Masseter und Temporalis beidseits) - chronische unspezifische Kreuzschmerzen - klinischer Verdacht auf beginnende Femoro - Patellararthrose links - klinischer Verdacht auf beginnende degenerative Fingergelenksveränderungen - Spreizfüsse

Aufgrund der aktuellen anamnestischen Angaben könne auch im Hinblick auf die ACR-Kriterien 2010 kein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert werden. Viel mehr stünden lokalisierte, teils weichteilrheumatische, teils klinisch eher degenerativ bedingte Beschwerden am Bewegungsapparat im Vordergrund. Gemeinsam sei all den erwähnten Diagnosen , dass sie klinisch nicht derart ausgeprägt seien , dass dadurch in einer körperlich leichten bis allenfalls mittel-schweren Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. An der distalen Lendenwirbelsäule fanden sich bei der segmentalen Untersuchung Ventralisationsschmerzen , die an sich passend seien zu degenerativen Veränderungen. Die eigentlichen Provokationstests bezüglich Facettensyndrom oder diskogenen Kreuzschmerzen seien dagegen negativ. Bezüglich allfälliger radikulärer Symptome sei auf die aktuelle neurologische Begutachtung verwiesen . Aus diesem Grund seien die Beschwerden als unspezifische Kreuzschmerzen bewertet worden.

Entsprechend den klinischen Untersuchungsbefunden könne auch hier keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Im Bereich des linken Kniegelenks fanden sich klinische Zeichen einer beginnenden Femoro - Patellararthrose. Auch hier seien die Befunde noch nicht eindeutig. Zudem bestehe therapeutisches Potenzial, zum Beispiel im Sinne der Einnahme von Knorpelpräparaten oder eines Quadrizepstrainings .

Zusammenfassend könne aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 20 f.) . 3.11.5

Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, dass die Frequenz der Kopfschmerzen aktuell mit etwa einmal pro Woche angegeben worden sei. Die Beschwerdeführerin habe ihre Kopfschmerzen immer selbst mit freiverkäuflichen Schmerzmedikamenten behandelt (S. 22 oben). Eine Behandlung im O. \_\_\_ sei von der Beschwerdeführerin abgebrochen worden. Derzeit werde sie in der Schmerzambulanz E. \_\_\_ behandelt (S. 22 Mitte). Hinsichtlich der berichteten Schwindelepisoden liessen sich diese organisch schwer zuordnen, differentialdiagnostisch sei an eine mögliche vestibuläre Migräne zu denken. Andererseits weise der Schwindel viele Elemente eines phobischen Schwankschwindels auf (S. 22 unten) .

Letztlich lasse sich jedoch allein anhand der Anamnese nicht sicher ausschliessen, ob ein Teil der Beschwerden nicht auch in Zusammenhang mit einer vestibulären Migräne stehen könnte (S. 23 oben) .

Hinsichtlich des postulierten phobischen Schwankschwindels gebe es auch bezüglich der chronifizierten Kopfschmerzen Hinweise dafür, dass ein Teil der Kopfschmerzen mit psychischen Ursachen in Zusammenhang stehe. So habe die Beschwerdeführerin selber angegeben, dass sie festgestellt habe, dass mit Zunahme der Depression sich auch ihre Kopfschmerzen intensivieren würden. In diese Richtung weise auch die Tatsache, dass medikamentöse und rein somatisch orientierte Behandlungsansätze bisher keine Erfolge gezeigt hätten ( S. 23 Mitte).

Neben den Kopfschmerzen habe die Explorandin berichtet, seit etwa 2010 auch unter Rückenschmerzen zu leiden, die vor allem im unteren Rücken lokalisiert seien. Zu einer Schmerzausstrahlung in die Beine, einer Sensibilitätsstörung oder auftretenden Lähmungen sei es bisher nicht gekommen. Darüber hinaus leide sie auch seit vielen Jahren unter Schmerzen in der Halswirbelsäule mit Schmerzausstrahlung in den Hinterkopf. In der aktuellen neurologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik oder Hinweise für eine Myelopathie ergeben (S. 23 Mitte).

Aus rein neurologischer Sicht besteht für leichte, wechselbelastende, rücken schonende Tätigkeiten ohne längere Zwangshaltung eine Arbeitsfähigkeit von 80

%. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich durch einen schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarf begründen. Bezüglich des Schwindels würden sich darüber hinaus qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. So dürften von der Explorandin keine Tätigkeiten, die eine erhöhte Anforderung an das Gleichgewichtssystem stellen, wie zum Beispiel Steigen auf Leitern oder Gerüste, durchgeführt werden. Bei fehlenden Hinweisen für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik der zervikozephalen und lumbovertebralen Schmerzen werde zur Beurteilung auf das rheumatologische Fachgutachten verwiesen (S. 23 unten).

#### 3.11.6

In der Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, dass bei der aktuellen Untersuchung für die Beschwerdeführerin permanente Schmerzen seit ihrer Kindheit im Vordergrund gestanden hätten, wobei sie vornehmlich Kopfschmerzen genannt habe. Sie habe schon im Alter von 12 Jahren eine medikamentöse Migränekur durchführen müssen. Wegen der gehäuften Kopfschmerzattacken und der jetzt noch dazu gekommenen Angststörung schaffe sie „gewisse Sachen“ einfach nicht mehr. Sie habe auch eine halbe Tablette Temesta einnehmen müssen, um sich überwinden zu können, hierher zu kommen (S. 27 unten). Bei der internmedizinischen Untersuchung habe ein leicht erhöht gemessener Blutdruck im Vordergrund gestanden, wobei die Beschwerdeführerin erklärt habe, dass sie zu Hause häufig Werte um 160/100 mmHg messe. Die Beschwerdeführerin habe sofort eine dreiseitige Ausarbeitung mit dem Titel: „Leiden-Schmerzen-Störungen“ mit den bisherigen Schmerztherapien und Psychotherapien sowie einem kurzen Lebenslauf überreicht (S. 27 f.). Die Beschwerdeführerin habe die Trennung und Scheidung von 2004, den Burnout im Herbst 2005, den Tod des Vaters von 2008, den Hörverlust rechts von 20

### E. 10

Mit ärztlichem Zeugnis vom 18. August

2014 (Urk. 6/177) attestierte Dr. D. \_\_\_ eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. 3.11.3.11.1 Am 31. Dezember 2014 erstatteten die Ärzte der B. \_\_\_ ihr polydisziplinäres Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/193/1-33).

Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 6.1):  
- selbstunsichere/asthenische Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.6 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, ICD-10 F33.0 - chronische Mischkopfschmerzen mit - Spannungskopfschmerzen - Migräne mit Aura, Differentialdiagnose vestibuläre Migräne - leichtes intermittierendes zervikozephal und lumbovertebrales

Schmerz syndrom

- aktuell ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder sensorische Ausfallsymptomatik 3.11.2

Zum Tagesablauf habe die Beschwerdeführerin ausgeführt, ohne morgen dlichem Termin schlafe sie bis

## E. 12

und das beendete Arbeitstraining jetzt vom Juni 2014 als einschneidende Erlebnisse beschrieben. In den Laboruntersuchungen seien die Analgetika unterhalb der Nachweisgrenze gemessen worden, was zu ihrer Mitteilung passe, dass sie diese nur bedarfsweise einnehme. Das verordnete Antidepressivum Amitriptylin und auch das Temesta

seien deutlich unterhalb des therapeutischen Bereiches gemessen worden. Ein früher angegebener Cannabis Konsum

sei heute nicht nachweisbar gewesen (S. 28 Mitte).

Zur psychiatrischen Untersuchung wurde ausgeführt, dass der unerfüllte Kinderwunsch für die Beschwerdeführerin einschneidend gewesen sei. Daraufhin sei die langjährige Ehe gescheitert und sie habe sich in der Betreuung für ein Pflegekind engagiert und es trotz häufiger Schwierigkeiten nicht aufgegeben (S. 28 Mitte).

Gesamtmedizinisch stünden die psychiatrischen Diagnosen im Vordergrund, die eine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit, eine relevant verminderte Stressintoleranz und emotionale Belastbarkeit ergeben würden, weswegen die Arbeitsfähigkeit der Explorandin um 50

% eingeschränkt sei (S. 29 unten).

Für die erlernte Tätigkeit als Handarbeitslehrerin sei die Explorandin aufgrund der psychiatrischen Diagnosen seit 2012 nicht mehr arbeitsfähig. Aus diesem Grunde sei der Explorandin ein Arbeitstraining im Bereich Verkaufs- und Beratungstätigkeiten zugesprochen worden, was sie bei der Firma A.\_\_\_\_\_

ausgeübt habe. Hier sei die Explorandin unter Leitlinie rechte Psychotherapie in einem Pensum von 50

% langfristig arbeitsfähig. Im Vordergrund stünden die Einschränkungen durch die psychiatrischen Diagnosen (S. 29 Ziff. 7.2).

Für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sei die Explorandin aufgrund des zervikozephalen und lumbovertebralen Schmerzsyndroms nicht mehr geeignet. Für eine körperlich leichte Verweistätigkeit sei die Explorandin zu 50

% arbeitsfähig - mit den in den Fachgutachten beschriebenen Limiten (S. 29 Ziff. 7.3).

Die jetzt festgestellte Arbeitsfähigkeit sei seit März 2012 zu sehen, da sich seither keine Besserung des Gesundheitszustandes ergeben habe (Datum der Arbeitsaufgabe; S. 30 Ziff. 7.4). 3. 1 2

Mit Stellungnahme vom 15. Januar 2015 erachtete Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), die formalen Aspekte des Gutachtens der B.\_\_\_\_\_ als erfüllt (Urk. 6/203/5-6). 3. 1 3

Dr. M.\_\_\_\_ und lic . phil. L.\_\_\_\_ führten mit Bericht vom 2. September 2015 (Urk. 6/221) aus, dass zu beobachten sei, dass wahr scheinlich wegen der Grunderkrankung (Persönlichkeitsstörung) keine An passung auf die schnell zunehmende Schwerhörigkeit stattgefunden habe, sondern sich reak tiv Panikattack en und soziale Phobien verstärkt hätten. Die Ausübung des angestammten Berufes sei nicht mehr möglich. Es könne da von ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin die Frage nach Dro genkonsum im Erstgespräch wahrheitsgetreu verneint habe. Die psychosozialen Belastungs fak toren müssten als die Verschlimmerung mitverursachend betrachtet werden . Aufrechterhalten würden die gesundheitlichen Beein trächtigungen viel mehr durch die fehlende Flexibilität, welche Teil der Grunderkrankung ( dependente und ängstliche Persönlichkeitsstörung) sei. 4. 4. 1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes de r Beschwerdeführer in stellte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich auf das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3. 11 ) ab. 4 . 2

Die Gutachter der B.\_\_\_\_

nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine selbstunsichere/asthenische Persönlichkeitsstörung, eine rezi dividierende depressive Störung, gegenwärtig leic hte bis mittelgradige E pi sode, chronische Mischkopfschmerzen mit Spannungskopfschmerzen und einer Migräne mit Aura sowie ein leichtes intermittierendes zervikozephal und lumbovertebrales Schmerzsyndrom, aktuell ohne Anhaltspunkte für eine radi kuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik. Sie kamen zum Schluss, dass g esamtmedizinisch die psychiatrischen Diagnosen im Vorder grund stünden, die eine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit, eine relevant verminderte Stressintoleranz und emotionale Belastbarkeit ergeben würden, weswegen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ei ner Verweistätigkeit um 50 % eingeschränkt sei . In der angestammten Tä tigkeit als Handarbeitslehrerin sei sie aufgrund der psychiatrischen Diagnosen seit 2012 nicht mehr arbeitsfähig (vgl. vorstehend E. 3. 11 .1 und 3.11.6) .

Die Beschwerdegegnerin wich vom Gutachten der B.\_\_\_\_ insoweit ab, als sie nicht auf die von den Gutachtern attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit abge stellt und stattdessen angenommen hat, es liege kein iv-relevanter Gesund heitsschaden vor. Die Beschwerdeführerin macht hingegen geltend, es sei auf das B.\_\_\_\_ -Gutachten abzustel len und die gesundheitliche Störung sei nicht überwindbar. 4.3

Umstritten ist demnach die Frage, ob der ausgewiesene psychische Gesund heitsschaden eine Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG begründet (vorste hend E. 1.1-

## **E. 15**

unt en). Bei einem Gang zur Sozialbehörde müsste sie wohl auch ihre Eigentums wohn ung verkaufen (vorstehend E. 3.5 ). Insgesamt stehen damit psycho soziale und soziokulturelle Faktoren , insbesondere familiäre und berufliche Probleme sowie finanzielle Sorgen im Vordergrund, deren Auswirkungen invalidenversicherungsrechtlich auszuschneiden sind.

Im Weiteren zeigt sich im Tagesablauf der Beschwerdeführerin , dass sie durchaus über diverse Ressourcen verfügt . So schläft sie ohne morgendlichen Termin bis um 9 Uhr, mach t Meditation im Bett, frühstückt, liest Zeitung und je nach Ver fassung ein Buch, checkt ihre Mails am PC, führt selbständig ihren Haushalt, hat verschiedene Hobb ys , un ternimmt

sportliche Aktivitäten, kümmert sich um ihren Pflegesohn und nimmt regelmässig diverse ärztliche Termine wahr (vgl. vorstehend E. 3.5, E.

3.11.2). Auch fährt sie Auto und benutzt zumindest phasenweise öffentliche Verkehrsmittel (vgl. vorstehend E. 3.5), hat sich ein Elektrovelo angeschafft und hat zusammen mit einer Freundin während zwei Wochen mit einem Mietauto Cornwall, England, bereist.

Nach dem Gesagten stellt die vorliegend diagnostizierte rezidivierende depressive Störung keine

invalidisierende Krankheit dar, da eine Therapieentscheidung nicht ausgewiesen ist, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Vordergrund stehen und die Beschwerdeführerin über diverse Ressourcen verfügt. 4.5

Des Weiteren erscheint die gutachterliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als fraglich. Zunächst ist nicht klar, welche Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine selbstunsichere/asthenische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.6. Die ICD-10 Klassifikation F60.6 betrifft die ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, auch selbstunsichere Persönlichkeitsstörung genannt. Die abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung wird durch ICD-10 F60.7 bezeichnet. In dem der psychiatrische Gutachter

sowohl eine selbstunsichere als auch eine asthenische Persönlichkeitsstörung erwähnt, jedoch nur die ICD-10 Kategorie F60.6 aufführt, ist unklar, welche Persönlichkeitsstörung er genau diagnostiziert hat. Zudem wurde nicht nachvollziehbar begründet, weshalb die Diagnose einer ängstlichen (vermeidenden) oder abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsstörung überhaupt vorliegen sollte. Der psychiatrische Gutachter bezog sich hauptsächlich auf die Vordiagnose einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), welche zu bestätigen sei und führt aus, dass die Versicherte sich Zeit ihres Lebens als ängstlich beschreibe.

Dabei überzeugt es nicht, dass Bezug auf eine Vordiagnose genommen wird, womit wohl die durch die behandelnden Therapeuten gestellte Diagnose gemeint ist, welche jedoch wiederum in keiner Weise begründet wurde (vorstehend E. 3.6). Auch der Umstand, dass Persönlichkeitsstörungen immer in der Kindheit oder Jugend beginnen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren und die Störungen meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden sind, die Diagnose

gemäss Aktenlage aber erst 2006 erstmals gestellt worden ist (Urk. 6/193/1-33 S. 3) und die Beschwerdeführerin bis dahin ständig arbeitstätig war, 1998 und 1999 sogar noch zwei Pflegekinder aufnahm, lässt an der gestellten Diagnose zweifeln. Des Weiteren

ist der Tagesablauf wie eben dargelegt so beschaffen, dass er nicht zur Diagnose einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung passen mag. Hervorzuheben ist dabei insbesondere der Besuch der Beschwerdeführerin eines Zeichnungskurses in der K. \_\_\_ mit zirka zehn Teilnehmern und ihre Reise in England mit dem Auto.

Schliesslich

liess sie sich auf einen Arbeitsversuch ein, wobei aus den Unterlagen nicht hervorgeht, dass sie dabei ausgeprägte Ängste verspürte. Auch das Vorliegen einer abhängigen

(asthenischen) Persönlichkeitsstörung

muss bezweifelt werden, da die Beschwerdeführerin ihr Leben selbständig führt, sich um ihren Pflegesohn kümmert, und auch sonst aus der medizinischen Aktenlage nicht hervorgeht, dass sie bei den meisten Lebensentscheidungen an die Hilfe anderer appelliert oder die Entscheidung anderen überlässt, ihre eigenen Bedürfnisse unterordnet, eigene Ansprüche nicht äussern kann, ein unbehagliches Gefühl beim Alleinsein hat oder beim Treffen von Alltagsentscheidungen eingeschränkt ist (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl., Bern 2014, Ziff. F60.7 S. 282).

Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass selbst eine fachärztlich schlüssig festgestellte psychische Krankheit nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 136 V 279 E).

3.2.1). Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung weist, wie die meisten Diagnosen, keine direkte Korrelation zu einer Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. BGE 140 V 193 E).

3.1). Inwiefern

sich die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit auswirken soll, geht

weder aus dem Gutachten hervor, noch wurde es in den übrigen ärztlichen Berichten plausibel dargelegt. Vorliegend besteht unter Berücksichtigung der eben dargelegten Aktivitäten der Beschwerdeführerin, wenn überhaupt, je den falls keine besonders ausgeprägte Persönlichkeitsstörung. 4. 6

Im Hinblick auf die übrigen ärztlichen Beurteilungen des psychischen Gesundheitszustandes

gilt es im Übrigen zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen des halb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Bei med. pract. Q.\_\_\_\_,

Dr. D.\_\_\_\_

sowie Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. L.\_\_\_\_

handelt es sich um behandelnde Ärzte der Beschwerdeführerin, wobei es sich bei Dr. D.\_\_\_\_ zudem um keinen Facharzt der Psychiatrie handelt. Auch bei Dr. J.\_\_\_\_, welcher ein Gutachten zu Händen der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich erstellte, handelt es sich nicht um einen Facharzt für Psychiatrie, sondern um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Soweit von den Ärzten eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden ist (vorstehend E. 3.3, E. 3.8), ist zu erwähnen, dass eine solche sich gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung ohnehin im Grenzbereich dessen befindet, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteile des Bundesgerichts 8C\_76/2014 vom 30. September 2014 E. 3.2, 9C\_153/2012 vom 15. Oktober 2012 E. 4.3, 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.2). Sie gilt rechtsprechungsgemäss als vorübergehend und damit nicht invalidisierend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_4/2013 vom 19. Dezember 2013 E.

2.2).

Nach Gesagtem vermögen die besagten Arztberichte deshalb nicht zu überzeugen. 4.7

Soweit in somatischer Hinsicht vom neurologischen Gutachter aufgrund eines schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarfs eine nur 80%ige Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden ist (vorstehend E. 3.11.5), ist dies nicht nachvollziehbar. So gab die Beschwerdeführerin an, nur ein Mal pro Woche Kopfschmerzen zu haben. Zudem hat die Beschwerdeführerin eine Behandlung im O.\_\_\_\_ aus unklaren Gründen abgebrochen und behandelt die Kopfschmerzen selber mit freiverkäuflichen Schmerzmedikamenten (Urk. 6/193/60-61). Schliesslich sieht der neurologische Gutachter Hinweise dafür, dass ein Teil der Kopfschmerzen mit psychischen Ursachen in Zusammenhang stehen, da die Beschwerdeführerin angegeben habe, dass mit Zunahme der Depression sich auch ihre Kopfschmerzen intensivieren würden. Hinsichtlich der angegebenen Rückenschmerzen wurden vom neurologischen Gutachter keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik oder Hinweise für eine Myelopathie gefunden. Die Ausprägung der Befunde scheint vorliegend auch deshalb nicht besonders schwer, da ansonsten anstelle eines Schmerzsyndroms eine Schmerzstörung diagnostiziert worden wäre. Hinsichtlich der Hörproblematik wurde von den Gutachtern schliesslich ebenfalls keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Sie stellten fest, dass die beiden verordneten Hörgeräte getragen worden seien (Urk. 6/193/1-33 S. 27 unten). 4.8

Zusammenfassend fehlt es aus rechtlicher Sicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Die gutachterliche Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung kann angesichts der nicht ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten, der im Vordergrund stehenden invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren und den vorhandenen Ressourcen keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit begründen.

Auch die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung, deren Vorliegen fraglich erscheint, begründet keine Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren besteht auch in somatischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgeht.

Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Beschwerdeführerin beantragte ferner die Zusprache beruflicher Massnahmen (Urk. 1 S. 2, S. 5 unten, S. 6 oben).

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Der Anspruch auf berufliche Massnahmen bildet vorliegend nicht Anfechtungsgegenstand der Verfügung vom 24. Februar 2016. Vielmehr wurde ein Arbeitsversuch auf Wunsch der Beschwerdeführerin im Jahr 2014 abgebrochen. Sie gab damals an, zur Ruhe kommen und zuerst die Rentenprüfung abwarten zu wollen (Urk. 6/145/4 Mitte). Im weiteren Verlauf des Verfahrens beantragte sie keine neuen beruflichen Massnahmen.

Soweit die Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen verlangt, ist auf die Beschwerde somit nicht einzutreten. 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 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - 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 Keller

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