

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00451 vom 5. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00451

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00451 du 5 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00451 del 5 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, war von Mai 20

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursachen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende 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 gesetzesgemässen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG

– ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprechenden 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 rechtlicher 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 Anspruchsgrundlage 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).

E. 1.4

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1;

vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.5

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine vor aussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl.

Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach

gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Ist eine mittelgradige depressive Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

Eine leichte depressive Episode stellt nach der Rechtspraxis keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente, insbesondere die Frage, ob das psychische Leiden der Beschwerdeführerin eine rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt. 2.2

Die Beschwerdeführerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, die diagnostizierte reaktive, mittelgradige Depression sei ein vorübergehendes und gut therapierbares Leiden. Die depressiven Symptome seien durch psychosoziale Faktoren verursacht, weshalb die mittelgradige Depression aus versicherungsrechtlicher Sicht keine Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe und nicht als ressourcenhemmende Begleiterkrankung zum psychosomatischen Leiden berücksichtigt werden könne. Bezüglich der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung bestünden ausreichende Ressourcen, um von einer 100%igen Erwerbsfähigkeit auszugehen (S. 2 oben). 2.3

Die Beschwerdeführerin hielt in der Beschwerde (Urk. 1) fest, Prof. Dr. B. ___ habe bestätigt, dass eine chronische, teils mittelschwere, teils schwere Depression vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in angepassten Tätigkeiten

beeinträchtigt (S. 5 Ziff. 8.1). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit nach dem 5. Januar 2015 sei auf die nachfolgenden fachärztlichen Berichte der C.____ abzustellen (S. 7 oben). Entsprechend sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab 12. August 2013 sowie von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2013 in einer angestammten oder angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 7 unten). Aufgrund der SUVA-Akten bestehe sodann ab Unfalltag vom 3. April 2012 aufgrund der erlittenen HWS-Distorsion eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Laut Dr. D.____ sei der medizinische Endzustand aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2013 erreicht. So sei in jeglicher Tätigkeit seit dem Unfalltag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (S. 7 f.).

Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, sie habe sich seit August 2012 in vier Kliniken in stationärer und in zwei Kliniken in teilstationärer Behandlung befunden, wobei es trotzdem nie zu einer anhaltenden Verbesserung gekommen sei. Das Leiden sei also mitnichten vorübergehend und gut therapierbar (S. 6 Ziff. 8.3). Die RAD-Ärztinnen seien sodann keine Psychiaterinnen und hätten sich nicht mit der Argumentation von Prof. B.____ auseinandergesetzt (S. 8 f.). Sodann zählten depressive Störungen nicht zu den unklaren Beschwerdebildern. Entsprechend bestehe auch kein Anlass für eine „Indikationsprüfung“ (S. 9 f.). 3. 3.1

Aus dem Bericht der Ärzte des Stadtspitals E.____ über die ambulante Behandlung vom 3. April 2012 (Urk. 7/11/138) ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach einem Auffahrunfall, welcher sich am gleichen Tag ereignet hatte, an Nackenschmerzen litt. Es wurde der Verdacht auf ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II nach QTF-Klassifikation geäußert und der Beschwerdeführerin bis zum 10. April 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. 3.2

Vom 9. August bis 13. September 2012 befand sich die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik F.____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 10. September 20

E. 04

bis April 2011 als Mitarbeiterin Kundendienst beziehungsweise später als Filialleiterin in der Y.____ AG tätig. Danach war sie arbeitslos mit Zwischenverdienst und absolvierte Ende 2011 auf Kosten der Arbeitslosenversicherung einen Kurs des Z.____ zur Pflegeheföhrerin (vgl. Urk. 1 S. 3; Urk. 7/8;

Urk. 7/16). Am 3. April 2012 erlitt die Versicherte als Beifahrerin einen Auffahrunfall (vgl. Urk. 7/11/138). Unter Hinweis auf ein Schleudertrauma meldete sich die Versicherte am 21. März 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Suva bei (Urk. 7/11; Urk. 7/27) und holte bei der Stiftung Medas A.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 26. August 2014 erstattet wurde (Urk. 7/43/1-32).

Nach Einwänden gegen den Vorbescheid vom 3. November 2014 (vgl. Urk. 7/48;

Urk. 7/55; Urk. 7/59) holte die IV-Stelle weitere medizinische Akten ein und erliess am 29. Oktober 2015 einen neuen Vorbescheid (Urk. 7/70). Dazu nahm die Versicherte am 6. Januar 2016 Stellung (Urk. 7/74). In der Folge verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. März 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 7/78 = Urk. 2) 2.

Die Versicherte erhob am 18. April 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. März 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr rückwirkend eine angemessene Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 12. August 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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. 12

(Urk. 7/11/47-54) wurden folgende Hauptdiagnosen genannt (S. 1 Mitte) : -
HWS-Distorsion Quebec Task Force (QTF) II - Anpassungsstörung mit leichter Depressivität und Besorgtheit gemischt - psychosoziale Belastung

Es sei eine massive Symptomausweitung beobachtet worden, die teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich objektiv nur zum Teil erklären (S. 2 oben). Mindestens leichte bis mittelschwere Arbeiten seien der Beschwerdeführerin ganztags zumutbar. Dies gelte auch für die letzte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin in der Textilbranche. Im Verlauf der nächsten ein bis zwei Monate sei von einer weiteren Verbesserung auszugehen, so dass aus rein unfallkausaler Sicht alle Arbeiten wieder zumutbar sein sollten (S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin

verfüge über viele Ressourcen. Die psychosoziale Belastung könne als Hindernis für den Heilungsverlauf betrachtet werden (S. 3 Mitte; vgl. auch psychosomatisches Konsilium vom 19. Juni 2012 in Urk. 7/11/91-93). 3.3

Dr. med. G. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 22. April 20

E. 13

(Urk. 7/30/5-8) wurden im Wesentlichen die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.11), mit somatischem Syndrom

(Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung)

sowie eines HWS-Distorsionstraumas genannt (S. 1 Mitte). Seit dem 3. April 2012 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 3 oben).

Aufgrund der zunehmenden Beschwerde-Symptomatik sei eine tagesklinische Therapie indiziert (S. 4 oben). 3.7

Dr. G.____ attestierte der Beschwerdeführerin im Bericht vom

13. Januar 2014 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/30/1-4) eine 100 % ige
Arbeitsunfähigkeit

vom 3. April 2012 bis heute (Ziff. 1.6) . Aktuell sei die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar
; es bestünden Konzentrationsstörungen, Schmerzen und eine rasche Ermüdbarkeit
(Ziff. 1.7). Die Prognose sei offen (Ziff. 1.4) . 3.8

Vom 24. April bis 20. Juni 20

E. 14

befand sich die Beschwerdeführerin wiederum in der C.____ in stationärer Behandlung, nun
am Standort K.____ . Im entsprechenden Austrittsbericht vom 17. Dezember 2014
(Urk. 7/58)

wurde neben der Schmerzstörung neu eine schwere depressive Episode mit psychischen
Symptomen (F32.3) diagnostiziert (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe sich während
des Aufenthaltes nur bedingt psychisch stabilisieren und aufbauen können. Trotz nicht
vollständiger Freudlosigkeit sei von einer schweren depressiven Episode auszugehen, da
zwei der drei A-Kriterien einer schweren depressiven Episode (gedrückte Stimmung und
Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit) weiterhin deutlich fortbeständen.
Ebenfalls hätten Schlafstörungen, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ver-
mindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische
Zukunftsperspektiven sowie Gedankenkreisen weiterhin beobachtet werden können. Des
Weiteren habe sie wiederholt von akustischen Halluzinationen berichtet. Auch die k
örperliche Schmerzsymptomatik habe sich nur wenig verbessert (S. 4 unten). Sie brauche
eine klare Tagesstruktur und soziale Kontaktmomente (S. 6) .

Dem Bericht der Ärzte der C.____ zuhanden der

Beschwerdegegnerin vom 12. März 2015 (Urk. 7/60) ist zu entnehmen, dass seit dem
5. Januar 20

E. 15

(Urk. 3) betreffend Behandlung in der Tagesklinik vom 5. Januar bis 2. November 2015
sind im Wesentlichen die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung,
gegenwärtig mittelgradiger Episode (F33.1), und einer chronischen

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) zu entnehmen (S. 1
Mitte) . Die Beschwerdeführerin beschreibe, dass sie aktuell vor allem an der anhaltenden
Schmerzproblematik (Schmerzen im Kopf und Nackenbereich) und in der Folge auch an
depressiven Gefühlen und Gedanken leide (S. 2 oben).

Sie habe im Laufe der tagesklinischen Behandlung an Stabilität gewonnen. Die hier
gewonnene Tagesstruktur sei eine grosse Unterstützung gewesen (S. 5 Mitte) . 3.14

Am 13. Januar 20

E. 16

erfolgte eine psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie,

Konsiliarpsychiater der Suva (Urk. 7/75) . Dr. D.____ führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall in einer schwierigen Lebenssituation befunden habe. Aus wirtschaftlichen Gründen habe sie nach der Immigration ihr Studium nicht fortsetzen können und ihre Ehe sei wegen Kinderlosigkeit gescheitert. Trotzdem sei sie stark an ihren Ex-Mann gebunden geblieben. Ihre ärztlichen Äusserungen bezüglich des Zusammenlebens mit dem Ex-Mann und dessen neuer Familie zeugten von einer erheblichen Zuspaltung dieser Situation . Nach der Kündigung sei auch eine finanzielle Abhängigkeit vom Ex-Mann entstanden (S. 14 Mitte) . Aufgrund der Aktenlage sei davon auszugehen, dass es nach dem Austritt aus der Rehaklinik F.____ zu einer erheblichen, anhaltenden Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen sei (S. 14 unten). Betreffend

stationäre Therapie der C.____ im September 2014 sei die gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode aufgrund der im Austrittsbericht geschilderten Befunde nicht nachvollziehbar. Mit Überwiegen der

Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch in dieser Zeit mittelgradig depressiv gewesen sei (S. 15 unten) . Eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik C.____ während rund zehn Monaten habe nur zu einer leichten Verbesserung geführt (S. 16 oben) . In all den Jahren sei es nie zu einer nachhaltigen Besserung des psychischen Zustandes gekommen (S. 16 Mitte) . Der Endzustand liege vor seit rund Januar

E. 20

1.3. Überwiegend wahrscheinlich seien die Beschwerden dauerhaft . Aus psychiatrischer Sicht sei eine ambulante psychiatrische Therapie weiterhin indiziert, bestehend aus psychotherapeutischen Gesprächen und einer medikamentösen psychiatrischen Behandlung (S. 17) . 4. 4.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ist auf das Gutachten der Ärzte der Medas A.____ vom August 2014 (mit ergänzender Stellungnahme vom April 2015) abzustellen. Dieses erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1. 6) . Die Gutachter gaben ihre Beurteilungen nach persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin und in Kenntnis der Vorakten ab. Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten sowohl die gestellten Diagnosen als auch die bezüglich der Arbeitsfähigkeit gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbar begründeter Weise. Die Beweiswertigkeit des Gutachtens wurde von der Beschwerdeführerin denn auch nicht substantiiert in Frage gestellt.

Damit ist gestützt auf das Gutachten der Medas A.____ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer reaktiven mittelgradigen depressiven Episode leidet,

was sich im Wesentlichen auch mit den diagnostischen Einschätzungen in den übrigen medizinischen Berichten deckt. So diagnostizierten die Ärzte der H.____ im September 2013 ebenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mit mittelgradiger Episode. Den Berichten der C.____ sind die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung

und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu entnehmen. 4.2

Die depressive Störung hat sich vorliegend im Anschluss an den Unfall und im Zusammenhang mit den daraufhin empfundenen somatischen Beschwerden entwickelt. Dies deckt sich auch mit den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin. So gab sie an, sie habe nach dem Austritt aus der Rehaklinik F. ___ realisiert, dass sie (wegen der Schmerzen) nicht mehr arbeiten könne und dadurch eine zunehmende Depression entwickelt. Daneben sei die depressive Symptomatik aber auch als Folge der Schmerzen anzusehen, die sich im weiteren Verlauf verstärkt hätten (vgl. Urk. 7/43/1-32 S. 19 Mitte und S. 21 Mitte). Die Gutachter der Medas A. ___ hielten fest, dass bei der Beschwerdeführerin eine reaktive depressive Episode vorliege, die durch die Schmerzen und durch verschiedene psychosoziale Faktoren verursacht worden sei. Aufgrund des ausgewiesenen Zusammenhangs zwischen den schmerzbedingten Beschwerden und der mittelgradigen Depression ist nicht von einer sozialversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne der Rechtsprechung auszugehen.

Zusammenfassend kann die depressive Erkrankung nicht als selbstständiges, vom Schmerzgeschehen losgelöstes, invalidisierendes Leiden angesehen werden. Vielmehr handelt es sich um eine Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild. Damit beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nach der sogenannten Schmerzrechtsprechung (vgl. E. 1.5) . 4.3

Das Gutachten der Ärzte der Medas A. ___ wurde im August 2014 und demnach vor der Rechtsprechungsänderung von BGE 141 V 281 verfasst. Damit verliert es seinen Beweiswert indes nicht per se (vgl. BGE 141 V 281 E. 8).

Vorliegend ist eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.4) gestützt auf das Gutachten der Medas A. ___ sowie die übrigen medizinischen Akten möglich und eine weitere medizinische Abklärung dementsprechend nicht angezeigt. 4.4

Mit Bezug auf den ersten Indikator („Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome“) ergibt sich aus dem Gutachten der Medas A. ___, dass die Beschwerdeführerin permanent an Nackenschmerzen und an Schmerzen beidseits im Hinterkopf leide, deren Intensität auf einer zehnstufigen visuellen Analogskala (VAS) im Untersuchungszeitpunkt und meistens 8 bis 10 betrage. In letzter Zeit habe sie fast täglich wieder andere Beschwerden, seit zirka einem Jahr seien auch lumbale Rückenschmerzen hinzu gekommen (Urk. 7/43/1-32 S. 15 f.). Zum Tagesablauf ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin etwa um 7 Uhr aufstehe, einen Kaffee trinke, den Blutzucker messe, Insulin spritze und dann 20 bis 30 Minuten nach draussen gehe, um einen Spaziergang zu machen. Zu Hause lese sie etwas oder sehe fern. Das Mittag- und Abendessen nehme sie mit der Familie des Ex-Mannes ein. Nachmittags gehe sie nochmals spazieren. Sie habe einige Freundinnen, sehe diese aber wenig und telefoniere häufiger. Um 23.30 Uhr gehe sie zu Bett (Urk. 7/43/1-32 S. 13 f.). Allgemein möge sie nichts mehr unternehmen, weder für sich noch mit den Kindern. Wegen der Schmerzen könne sie fast nichts mehr machen und damit einhergehend sei auch die psychische Stimmung oft schlecht (Urk. 7/43/1-32 S. 16 oben).

Daraus kann indessen nicht ohne weiteres auf eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung beziehungsweise auf einen (bestimmten) funktionellen Schweregrad der Störung geschlossen werden. Vielmehr sind das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände

auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S.

298). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Ärzte der Rehaklinik F.____ die psychosoziale Belastung als Hindernis für den Heilungsverlauf ansahen. Auch die Ärzte der C.____ gaben an, dass die belastende psychosoziale Situation im Vordergrund stehe. Die Gutachter der Medas A.____ führten aus, dass die depressive Episode durch die Schmerzen und verschiedene psychosoziale Faktoren verursacht worden sei. Als soziale Faktoren führten sie die Migrationsproblematik, die fehlende Anerkennung der Berufsausbildung, die langdauernde Arbeitsunfähigkeit, die Selbstlimitierung, das Alter, familiäre Faktoren und subjektive Krankheitsüberzeugungen an. Zudem nannten sie in der Stellungnahme vom April 2015 die finanziellen Probleme und die unklare berufliche Zukunft als psychosoziale Belastungsfaktoren. Dr. D.____ hielt schliesslich fest, dass sich die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall in einer schwierigen Lebenssituation befunden habe, da sie ihr Studium nach der Immigration nicht habe fortsetzen können und ihre Ehe wegen Kinderlosigkeit gescheitert sei. Die vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren sprechen gegen das Vorliegen eines Krankheitsgeschehens, das im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne als schwer zu bezeichnen ist.

Zum zweiten Indikator („Behandlungserfolg oder -resistenz“) wurde im Gutachten ausgeführt, dass die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien. Die Beschwerden hätten sich unter den stationären Behandlungen und längeren ambulanten Therapien subjektiv kaum verändert. Auch die nach dem Gutachten erfolgte tagesklinische Behandlung führte nur zu einer leichten Verbesserung. Aus dem Gutachten ergibt sich jedoch, dass die verordneten Medikamente nicht zuverlässig eingenommen werden (vgl. Urk. 7/43/1-32 S. 30 unten). Des Weiteren ist davon auszugehen, dass (auch) die belastende psychosoziale Situation dem Behandlungserfolg entgegensteht. Unter diesen Umständen kann nicht losgelöst von direkt wirkenden psychosozialen Faktoren – welche indessen ausser Acht zu bleiben haben – von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführten Therapie gesprochen werden

(Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 E. 4.4 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Eine massgebliche Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Den somatischen Diagnosen (chronisches zervikozephalisches Syndrom mit degenerativen Veränderungen der unteren HWS sowie chronische myofasziale Lumbalgie) kommt kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Als psychische Begleiterkrankung ist die mittelgradige depressive Episode zu prüfen. Gemäss den Gutachtern der Medas A.____ handelt es sich um eine reaktive depressive Episode, die durch die Schmerzen und verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren verursacht wurde. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können nur Beschwerden als Begleiterkrankungen rechtlich relevant sein, wenn ihnen eine eigenständige, invalidisierende Bedeutung zukommt. Ist dies nicht der Fall, werden sie allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik berücksichtigt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Wie unter Erwägung 4.2 festgehalten, handelt es sich vorliegend bei der depressiven Episode nicht um ein selbstständiges, invalidisierendes Leiden.

Betreffend die Kategorien Persönlichkeit und sozialer Kontext ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin im Wesentlichen eine betrubte Grundstimmung, ein verminderter Antrieb sowie eine abnehmende Konzentration und Aufmerksamkeit vorliegen. Den

medizinischen Berichten ist zu entnehmen, dass sie über viele Ressourcen verfügt. So ist im Bericht der Ärzte der Rehaklinik F.____ vom September 2012 von intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten, einer optimistischen Einstellung und Motivation die Rede (Urk. 7/11/47-54 S. 3 Mitte). Aus dem Gutachten der Medas ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin sozial gut integriert sei und sich auf die kommenden Ferien in ihrer Heimat Kosovo freue, wo sie auch ihre in den USA lebende Schwester wieder sehe. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug liegt nicht vor. Die Beschwerdeführerin lebt mit der Familie ihres Ex-Mannes zusammen und hat mit allen ein gutes Verhältnis. Sie nimmt das Mittag- und Abendessen mit der Familie des Ex-Mannes ein, macht täglich Spaziergänge und hat – hauptsächlich telefonischen – Kontakt mit Freundinnen. 4.5

Betreffend die Kategorie Konsistenz ist dem Gutachten der Medas A.____ zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an permanenten Kopf- und Nacken schmerzen leide (welche sie mit einer Schmerzintensität von 8 bis 10 auf der VAS angab) sowie an lumbalen Rückenschmerzen. Während der Befragung sei sie einmal kurz aufgestanden, das Aus- und Anziehen sei ohne Schonhaltung erfolgt (vgl. Urk. 7/43/1-32 S. 17 Mitte). Ihre Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten sei mit 19 von 200 möglichen Punkten sehr tief ausgefallen (Urk. 7/43/1-32 S. 18 Mitte). Die Beschwerdeführerin gehe täglich am Morgen und am Nachmittag spazieren, lese und sehe fern, fahre Bus und Tram (Urk. 7/43/1-32 S. 14 oben) und tätige auch Putzarbeiten (vgl. Urk. 7/43/1-32 S. 16 oben). Diese Umstände sprechen für das Vorhandensein persönlicher Ressourcen. Da die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente zumindest im Untersuchungszeitpunkt nicht zuverlässig eingenommen hatte, erscheint schliesslich ein erheblicher Leidensdruck zumindest fraglich .

4.6

Vor diesem Hintergrund ist eine aus der anhaltenden somatoformen Schmerz stö rung resultierende invalidenversicherungsrechtlich massgebende Ein schrän kung der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich. Da

die Beschwer de führerin auch aus somatischer Sicht weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist , hat die Beschwerdegegnerin zu Recht

einen Rentenanspruch verneint.

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerle gen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier -
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
Neuenschwander-Erni

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