

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00707 vom 27. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00707

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00707 du 27 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00707 del 27 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

und 6). Die Versicherte meldete sich am 1. Oktober 2006 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Am 14. Februar 2007 erteilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, Kostengutsprache für einen kaufmännischen Vorkurs (Urk. 6/18). Mit Verfügung vom 24. September 2007 lehnte sie eine weitere Kostengutsprache für berufliche Massnahmen ab (Urk. 6/28). Am

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen 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

oben).

Bei dem Unfallereignis vom 1. November 2014 habe es sich um eine Heckkollision auf der Autobahn gehandelt. Ein mit hoher Geschwindigkeit fahrendes PKW-Fahrzeug habe sie heckseitig angestossen. Die Beschwerdeführerin habe anschliessend Nacken- und Kopfschmerzen, Übelkeit und Konzentrationsstörungen bemerkt. Sie sei jedoch erst zwei Tage nach dem Unfallereignis zum Hausarzt gegangen, der ein Röntgenbild veranlasst habe. Es sei eine Schmerzmedikation eingeleitet worden sowie eine längere Serie von physiotherapeutischen Behandlungen. Die Beschwerdeführerin habe in den weiteren Ausführungen

angegeben, dass sie bereits 2013 bei einem Verkehrsunfall eine Distorsion der Halswirbelsäule und eine Commotio cerebri erlitten habe mit einer damals zirka dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit. Diese sei wegen Angst vor einem Stellenverlust beendet worden. Seit dieser Zeit habe sie wiederkehrende Zervikozephalgien. Zu einer Beschwerdefreiheit sei es nach dem ersten Unfallereignis nie gekommen (S. 3 Ziff. 1.2).

Die Beschwerdeführerin sei bis 2010 wegen der Erziehung ihres Kindes zu Hause geblieben. Sie habe dann eine Tätigkeit im Labortransport und in der Begleitung von Patienten

angenommen, zuletzt mit einem Pensum von 100 % . Anschliessend habe sie eine Tätigkeit in der Gastronomie aufgenommen, wo sie als Filialleiterin eingesetzt gewesen sei (S. 4 Ziff. 1.4).

Die Beschwerdeführerin habe zervikale und zephalische Schmerzen sowie die rechtsseitige Lenden-/Beckenregion betreffende Schmerzen geäußert . Bei der gutachterlichen Untersuchung sei eine leichtgradige radiale und ulnare

Epicondylopathie des rechten Ellenbogengelenkes objektiviert worden . Ansonsten bestehe kein ausreichender Anhaltspunkt für eine objektivierbare namhafte Auffälligkeit. Die spontane Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei frei und ungehindert. Objektive Zeichen eines namhaften zervikalen Syndroms lägen nicht vor (kein paravertebraler Hartspann, keine Fehlstellungen oder Fehlhaltungen, kein Nervenschmerz). Auch anamnestisch seien keine unfallkausalen strukturellen zervikalen oder zephalischen Läsionen objektiviert worden. Die bisherigen Arbeitsunfähigkeitsatteste seien offenkundig anhand des subjektiven Beschwerdevortrages erstellt worden. Sie seien versicherungsmedizinisch nicht haltbar, da namhafte objektive Störungszeichen oder Läsionen nicht belegt und auch jetzt nicht zu erkennen seien (S. 11 Ziff. 5).

Angesichts der anamnestischen Angabe mehrerer Unfälle und damit assoziierter ähnlicher Beschwerden sei fraglich, welchem Ereignis eine vermeintliche unfallbedingte Gesundheitsstörung überhaupt zuzuordnen sei. Die im Bereich des rechten Armes zu erhebende radiale und ulnare

Epicondylopathie sei ohne Beschwerdekorrelat . Eine namhafte funktionelle Beeinträchtigung lasse sich hieraus nicht ableiten. Weiter liege auch keine Inaktivitätshypertrophie des rechten Armes vor (S. 11 Ziff. 5 unten).

Das Unfallereignis vom 1. November 2014 sei anamnestisch und anamnestisch als leichtgradig zu bewerten, da strukturelle Läsionen nicht nachgewiesen worden seien. Auch spreche die Evidenzlage der wissenschaftlichen Medizin gegen einen Kausalbezug der reklamierten chronischen zervikozephalischen Beschwerden mit Halswirbeldistorsionen ohne belegte strukturelle Verletzungen. Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte und jedwede vergleichbare oder auch eine andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes als zu 100 % arbeitsfähig anzusehen. Dies gelte sofort und auch retrospektiv ex tunc geltend (S. 12 unten). 4.5

Die psychiatrische Begutachtung erfolgte am 3. September 2015 durch med. pract . N.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 6/64/27). Das psychiatrische Teilgutachten vom 15. Oktober 2015 (Urk. 6/64/27-41) ist von med. pract . N.____ und Prof. M.____ unterzeichnet (S. 15).

Die Gutachter hielten unter der Überschrift

„ Diagnosen “ fest, es bestehe kein ausreichender Anhaltspunkt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde psychiatrische Erkrankung. Jedoch bestehe eine mögliche Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (S. 9 Ziff. 4).

Med. pract . N.____ und Prof. M.____ führten zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin berichte über unterschiedlich stark ausgeprägte Schmerzen rechtsseitig im Nacken- und Kopfbereich sowie Lumbalgien mit Ausstrahlung in den rechten Arm und das rechte Bein. Nach psychischen Beschwerden befragt würden Ein- und Durchschlafstörungen angeführt

sowie intermittierendes Gedanken kreisen , intermittierende Traurigkeit, Freudlosigkeit , Wut, erhöhte Reizbarkeit, Ungeduld und eine schnelle Erschöpfbarkeit bei erhaltenen Interessen (S. 2 Ziff. 1.1).

Anamnestisch habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zirka ab Mitte 2014 verschlechtert, nachdem sie im September 2013 eine neue Arbeitsstelle in einer Salatbar angenommen habe. Sie habe dort als Filialeiterin gearbeitet. Am 11. September 2014 sei ihr gekündigt worden. Als Folge habe sie eine zunehmende innere Anspannung und Unruhe mit konsekutiver Ungeduld, Wut, Reizbarkeit und schliesslich auch Traurigkeit entwickelt. Weiter hätten eine verminderte Fähigkeit zur Freude sowie Ein- und Durchschlafstörungen und phasenweise eine Nachdenklichkeit bestanden . Seit einem Autounfall vom 1. November 2014 habe sie vermehrt Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich sowie Übelkeit. Den jetzigen untätigen Zustand erlebe sie als belastend und psychisch beeinträchtigend (S. 3 Ziff.

E. 1.3

Mitte).

Die Beschwerdeführerin könne Lebensdaten sicher rekonstruieren. Eine Zeitgitterstörung liege nicht vor. Das Lang- und Kurzzeitgedächtnis sei intakt (S. 7 Ziff. 3 unten).

Med. pract . N.____ und Prof. M.____

hielten in ihrer Beurteilung fest , die Beschwerdeführerin reklamiere Schmerzen entlang der Wirbelsäule. Zudem sei sie seit zirka einem Jahr schneller reizbar und wütend, habe intermittierend Gefühle innerer Unruhe und Anspannung. Weiter sei sie phasenweise traurig, könne sich phasenweise weniger freuen und habe Ein- und Durchschlafstörungen sowie zeitweise Insuffizienzgefühle. Als Auslöser der Symptomatik würden interaktive Probleme, eine Überforderungssituation am Arbeitsplatz sowie letztlich eine Kündigung angeführt. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag selbständig, selbstversorgend, fahre einen PKW und habe 2015 eine Ferienreise unternommen. Eine namhafte alltagsrelevante Limitation scheine anamnestisch nicht auf. Ein Unfall mit schwerwiegenden Verletzungen sei auch aktenkundig nicht belegt (S. 9 Ziff. 5 Mitte).

Der AMDP-konform erhobene psychiatrische Untersuchungsbefund sei ohne namhafte objektive Auffälligkeit. Auch aktenkundig lägen keine AMDP-konformen Befunde einer gravierenden Depression vor (S. 9 Ziff. 5). Die berichteten Unfälle erfüllten auch nicht die Kriterien lebensbedrohlicher oder katastrophaler Ereignisse (S. 9 Ziff. 5 unten).

Allenfalls sei zu erwägen , dass es durch eine Überforderungssituation und interaktive Probleme am letzten Arbeitsplatz mit dann erfolgter Kündigung zu einer psychischen Reaktionsbildung mit affektiver Beeinträchtigung gekommen und somit die Diagnose einer Anpassungsstörung als möglich anzusehen sei. Alternativ lasse sich vor dem Hintergrund der Biographie der Beschwerdeführerin auch eine Dysthymie diskutieren. Wesentlich sei jedoch, dass der jetzige Befund gegen eine namhafte Depressivität spreche. Die Arbeitsfähigkeit sei für jedwede Tätigkeit mit dem gegebenen Ausbildungsniveau mit 100 % einzuschätzen. Dies gelte per sofort (S. 10 oben).

Im Bericht der vorbehandelnden Psychotherapeutin werde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode aufgeführt. Darin sei letztlich nur eine geringe Beeinträchtigung beschrieben worden und keine objektive Befunderhebung nach AMDP erfolgt . Der Bericht reiche

versicherungsmedizinisch nicht aus. Für eine auch vorangehend nur geringe psychische Beeinträchtigung sprächen

zudem die niedrig dosierte, vor allem schlafinduzierte antidepressive Medikation sowie die gute Alltags selbstständigkeit der Beschwerdeführerin mit einem insgesamt guten Aktivitätsniveau (S. 10 Mitte) Auch die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren seien nicht erfüllt. Dies, da eine namhafte Schmerzbeeinträchtigung und ein fehl verarbeiteter seelischer Konflikt zumindest nicht mehr evident seien. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Alpträume, Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidungsverhalten) lägen ebenfalls nicht vor (S. 10 unten).

Auf psychiatrischem Gebiet sei eine unfallkausale Gesundheitsstörung nicht und zu keinem Zeitpunkt wahrscheinlich (S. 11 Ziff. 5).

Der Unfallversicherer stellte den Gutachtern zudem die Frage, ob Differenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den erhobenen Befunden bestünden. Med. pract. N. ___ und Prof M. ___ antworteten darauf, in der Gegenübertragung und im objektiven Befund nach AMDP liessen sich keine gravierenden Beeinträchtigungen erkennen. Die anamnestisch reklamierte Beeinträchtigung sei also zumindest hinsichtlich deren Ausprägung nicht ausreichend nachvollziehbar und widerspreche im Übrigen auch der anamnestisch aufscheinenden Alltagsgestaltungsfähigkeit und der Aktivität der Beschwerdeführerin (S.

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.5

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

E. 2

und 4-6). Ab dem 10. September 2013 war sie bei der Z. ___ in Zürich an gestellt (Urk. 6/62/86 Ziff. 3) und war über diese bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert.

Am 1. November 2014 erlitt sie bei einem Auffahrunfall erneut ein Schleudertrauma (Urk. 6/62/86 Ziff. 4-6 und 9). Die Mobiliar erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

Unter Hinweis auf die Folgen des Unfalles vom 1. November 2014 und seit 2004 bestehenden Beschwerden am Arm meldete sich die Versicherte am 24. Juni 2015 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/53 Ziff. 6.3). Die IV-Stelle zog Akten der Mobiliar (Urk. 6/62, Urk. 6/64, Urk. 6/66) bei.

Mit Verfügung vom 27. November 2015 (Urk. 6/66) stellte die Mobiliar die in Folge des Unfalles vom 1. November 2014 erbrachten Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2015 ein.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/78-90) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Mai 2016 (Urk. 6/92 = Urk. 2) einen Anspruch auf IV-Leistungen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 24. Juni 2015 eingetreten. In der angefochtenen Verfügung vom 18. Mai 2016 verneinte sie einen Anspruch auf IV-Leistungen mit der Begründung, gemäss den medizinischen Abklärungen liege kein langanhaltender Gesundheitsschaden vor. Die Arbeitsunfähigkeit werde vorwiegend durch psychosomatische Belastungen ausgelöst. Dabei handle es sich um einen invaliditätsfremden Faktor, welcher bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden könne. Es bestehe wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, die Mobiliar habe bei der bidisziplinären

Begutachtung kein Einigungsverfahren durchgeführt. Sodann seien ihr die Namen der Gutachter vor der Begutachtung nicht mitgeteilt worden, weshalb die beiden Einzelgutachten bereits aus formellen Gründen nicht verwertbar seien (Urk. 1 S.

6 Ziff. 5.9.1). Die Beschwerdegegnerin habe sodann lediglich die Unfallakten beigezogen. Eigene medizinische Abklärungen habe sie nicht getätigt (Urk. 1 S. 10 Ziff. 7.2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verglichen mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügung vom 15. Februar 2010 verschlechtert hat und ob neu ein Rentenanspruch und gegebenenfalls ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht.

3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht

(BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 18. Dezember 2006 (Urk. 6/12/3-4) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - Überlastungsschmerzen Arm rechts bei - lateraler Epicondylopathie - Hyperlaxizität der Gelenke - Myofaszialem

Schmerzsyndrom im Schulter-Arm-Bereich rechts - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung bei/mit depressiven Episoden und Verdacht auf Essstörung

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. A.____ eine Tonsillektomie 2001.

Dr. A.____ attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kassiererin seit dem 1. März 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C.____, nannte im Bericht vom 4. September 2008 als Diagnose eine mittel gradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, seit zirka Februar 2008 (Urk. 6/35 Ziff. 1.1).

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte im Bericht vom 2. Dezember 2008 (Urk. 6/38/7-8) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - myofaszielles Schmerzsyndrom im Schulter-Nacken-Bereich bei/mit - genereller Verspannung mit Verdacht auf Bruxismus - Hyperlaxizität der Halswirbelsäule - Generalisierungstendenz der Weichteilbeschwerden - psychosoziale Belastungsfaktoren - Adipositas

Dr. D.____ stellte fest, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Inwiefern sie als Coiffeuse arbeitsfähig sei, lasse sich zurzeit nicht sicher beurteilen. Gewiss bestehe aber eine Teil arbeitsfähigkeit (S. 1).

E. 3.4

Die Beschwerdeführerin war seit Juni 2008 bei

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter Behandlung (Urk. 6/47/1-4 Ziff. 1.2). Dr. E.____ nannte im Bericht vom 23. September 2009 (Urk. 6/47/1-4) als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hypothyreose. Die letzte Episode sei im April 2008 erfolgt. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. E.____ eine chronische Sehnen scheidentzündung rechts und einen chronischen Tennisellenbogen (Ziff. 1.1).

Dr. E.____ gab zur Krankengeschichte an, bei der Beschwerdeführerin habe eine sehr schwierige Kindheit mit vielen traumatischen Erlebnissen bestanden. Sie sei in der Schweiz aufgewachsen. Im Alter von 9-13 Jahren habe sie in der Türkei gelebt. Sie leide zeitweise an einer depressiven Stimmung, die mit den traumatischen Kindheitserlebnissen und der belastenden sozialen Situation zusammen hänge (Ziff. 1.4). Dr. E.____ attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Detailhandel als Kassiererin und Coiffeuse eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6).

E. 3.5

Dr. med. F.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

Regional ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 9. Dezember 2009 (Urk. 6/48 S. 3) aus, gemäss dem aktuell behandelnden Psychiater bestünden grosse psychosoziale Probleme und eine Einschränkung des Gesundheitszustandes durch eine chronische Sehnencheidenentzündung und einen Tennisellenbogen. Die Arbeitsfähigkeit hänge jedoch nicht von der psychischen Befindlichkeit ab. Aus psychiatrischer Sicht werde kein IV-relevanter Gesundheitsschaden attestiert.

E. 3.6

Dr. med. G.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 (Urk. 6/48 S. 4) aus, aufgrund der medizinischen Unterlagen sei nicht davon auszugehen, dass seit dem Jahr 2007 eine relevante Veränderung eingetreten sei. Damals sei in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % angenommen worden. Dabei handle es sich um eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben oder Tragen von Lasten von über 5 kg und ohne den rechten Arm betreffende Zwangshaltungen. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass aus somatischer Sicht die genannte Arbeitsfähigkeit mit dem genannten Anforderungsprofil Gültigkeit habe.

E. 3.7

Die Beschwerdegegnerin verneinte daraufhin mit Verfügung vom 15. Februar 2010 einen Rentenanspruch (Urk. 6/51). 4. 4.1

Nach den Unfällen vom 12. Mai 2013 und vom 1. November 2014 meldete sich die Beschwerdeführerin am 24. Juni 2015 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/53). 4.2

Am 11. Mai 2015 wurde im Auftrag der Mobilier

in der H.____

ein ambulantes Assessment durchgeführt. Dr. med. I.____ , Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. J.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Arbeitsorientierte Rehabilitation, Leiter Standort K.____ , stellten im Bericht vom 15. Mai

2015 (Urk. 6/62/55-68) folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 1. November 2014: PKW-Heckaufprall - Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Quebec Task Force (QTF) II - 29. Dezember 2014 Röntgen HWS a.p. /seitlich: gestreckte Haltung, sonst unauffälliger Befund - chronifiziertes zervikales myofaszielles Schmerzsyndrom - pseudoradikuläres Lumbalsyndrom rechts bei Verdacht auf Reizung des Iliosakralgelenkes (ISG) rechts bei - muskulärer Dekonditionierung - Differentialdiagnose: Facettengelenkssymptomatik, Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis - fibromyalgieähnliches Beschwerdebild mit ubiquitärer Druckdolenz, Epikondylopathie

radialis und ulnaris beidseits und Tendopathien im Bereich der grossen Gelenke - Verdacht auf depressive Erkrankung bei anamnestischer Angabe von postpartaler Depression, postpartaler Gewichtszunahme und Angstsymptomatik nach HWS-Distorsionsraum a

2013 und psychosoziale n

Be lastungsfaktoren - Magenbypass operation 2010

Als aktuelle Probleme bestünden eine erhebliche Symptomausweitung mit

Selbst limitierung und Schon verhalten mit nachfolgender Dekonditionierung , ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom mit Ausstrahlung in das rechte Bein und in die linke Flanke, ein ständiger Hinterhauptkopfschmerz mit Ausstrahlung nach frontal, verbunden mit Lichtempfindlichkeit, Nackenschmerzen beidseits, rechts betont , mit Ausstrahlung in den rechten Arm, vorbestehende Beschwerden des rechten Armes vom Ellenbogen bis in die Hand, verbunden mit Kraftlosigkeit, rez idivierende depressive Symptome, eine ausgeprägte psychosoziale Be lastungs situation und eine eingeschränkte Belastbarkeit im Beruf und Alltag (S. 1 f.).

Dr. I. ___ und Dr. J. ___ führten aus, aus medizinisch-diagnostischer Sicht zeige sich ein polymorphes, sich gegenseitig beeinflussendes Beschwerde bild , das sich auf die therapeutischen Massnahmen auswirke. Anhand der Un tersuchungsbefunde und der Belastungstestung zeigten sich eine hochgradige Sel bstlimitierung und ein Schon verhalten mit der Folge einer Dekonditionie rung mit muskulärer Dysbalance . Dies könne für das pseudoradikuläre

Lum balsyndrom verantwortlich sein. Des Weiteren fänden sich aber auch deutliche Zeichen einer f ibromyalgieformen Symptomatik und einer psychischen Alte ration mit depressiver Vorerkrankung und erheblichen psychosozialen Belas tungsfaktoren , die den Verlauf von therapeutischen Massnahmen beeinflussen könnten (S. 2). Die Häufigkeit und die Dauer der Therapieeinheiten pro Woche seien angesichts der aktuellen Einschränkungen zu gering. Der Anteil der akti ven Bewegungstherapie sei deutlich zu gering (S. 3 oben).

Bis zum Eintritt in die H. ___ sei von einer weiteren Arbeitsun fähigkeit von 100 % auszugehen. Ziel der multimodalen stationären Rehabili tation sei die Rekonditionierung der Patientin zur beruflichen Wiedereingliede rung in eine Tätigkeit (S. 5 unten). 4.3

Lic . phil. L. ___ , Psychotherapeutin ASP, FSP, führte in einem Bericht vom 2. Juli 2015 (Urk. 6/62/48-51) zur Anamnese und zur Per sönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführer in aus, diese sei 1985 zu Verwandten in die Türkei gebracht worden. Zwischen 1988 und 1993 (ab 1990 bei Ferien auf enthalten) sei es regelmässig zu sexuellen Übergriffen durch einen Onkel und dessen Sohn gekommen (S. 1 Ziff. 1). Ende 2014 sei es zum Verlust der letzten Arbeitsstelle als Teamleiterin in einer Kantine gekommen (S. 2 Ziff. 1 oben). Die Beschwerdeführerin habe im Winter 2014/Frühjahr 2015 erneut an depressiven Stimmungen und Existenzängsten gelitten, dies im Zusammenhang mit einem

Stellenverlust und den medizinischen Folgen des Unfalles vom 1. November 201 4 . Sie habe sich hoffnungslos gefühlt und sich grosse Sorgen um ihr Kind, ihre Mutter und sich selber gemacht . Die Beschwerdeführerin schlafe schlecht, sitze oft stundenlang in der Küche, grüble und könne sich zu nichts motivieren. Die Schmerzen im Rücken und Nacken seien unerträglich (S. 2 Ziff. 2).

Lic . phil .

L. ___ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelschwerer Episode (S. 2 Ziff. 4).

Aus psychotherapeutischer Sicht bestehe zurzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die durch die psychiatrische Diagnose begründet sei. Die Beschwerdeführerin sei auch entschlossen, eine geeignete Arbeit zu suchen, sobald sie physisch dazu in der Lage sei (S. 3 Ziff. 6). Die gegenwärtige depressive Episode sei durch die körperlichen Symptome nach dem Unfallereignis vom 1. November 2014 ausgelöst worden. Die Beschwerdeführerin habe in diesem Zusammenhang nach einer psychotherapeutischen Unterstützung gesucht. Sie habe über grosse Schmerzen geklagt und sich kaum bewegen können (S.

3 Ziff. 1 1). 4.4

Der Unfallversicherer gab sodann ein bidisziplinäres Gutachten bei der M.____ in Auftrag. Das orthopädische Gutachten von 15. Oktober 2015 (Urk. 6/64/5-26) ist von Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssapparates, und Prof. Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, unterzeichnet (S. 17).

Das Gutachten beruht auf der Untersuchung durch Dr. N.____ vom 4. September 2015 und den den Gutachtern zur Verfügung gestellten Akten (S. 1). Die Gutachter nannten als Diagnose eine leichtgradige radiale und ulnare

Epicondylopathie des rechten Ellenbogengelenks und stellten fest, dass für eine objektivierte Unfallfolge kein ausreichender Anhaltspunkt bestehe (S. 11 Ziff. 4).

Anamnestisch

habe die Beschwerdeführerin zunächst Kopf- und Nackenschmerzen geäußert. Sie verspüre häufiger Übelkeit und habe Schwindel. Die Beschwerden beständen dauerhaft. Zeitweilig komme es auch zu einer

anfallsartige Symptomatik mit Herzrasen. Die Kopfschmerzen strahlten vom Nacken beginnend bis in die Stirnregion aus und würden haubenförmig geschildert (S. 2 Ziff. 1. 1

oben). Weiterhin werde eine Lumbalgie mit Ausstrahlung in die rechte Gesässregion geschildert. Die Beschwerdeführerin

habe hier bewegungs- und belastungsabhängig überwiegend lokale Schmerzen. Zeitweise bestehe auch eine Schmerzausstrahlung in den rechten Oberschenkel und das Kniegelenk, die vorwiegend die Vorderseite des Beines betreffe. Die Schmerzen würden als stechend beschrieben. Auf der fiktiven Schmerzskala (0-10) betrage die aktuelle Intensität 5 und die maximale Intensität

8. Die minimale Intensität liege bei 2. Längeres Sitzen bereite vermehrt Beschwerden. Im Stehen sei die Symptomatik erträglich. Wegen der geschilderten Schmerzen müsse sie dauerhaft Medikamente einnehmen und sei in ihrer körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt. Bei der Hausarbeit erhalte sie Hilfe durch ihre Mutter, die jedoch selbst gesund heitlich angeschlagen sei (S. 2 Ziff. 1.1).

Im Jahr 2010 sei wegen Adipositas eine Magenbypassoperation durchgeführt worden. Sie habe den Eingriff bei einem Körpergewicht von 130 kg durchführen lassen (S. 3 Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Das orthopädische und das psychiatrische Teilgutachten des M.____

vom 15. Oktober

2015 erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten (E. 5.2 hiervor). So werden darin die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin dargelegt, soweit die Gutachter solche feststellen konnten. Weiter beruhen sie auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sie vermögen sodann in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen.

Nachdem die Gutachter aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht übereinstimmend zu einer vollen Arbeitsfähigkeit gelangt sind, schadet es nicht, dass, soweit ersichtlich, keine eigentliche Konsensbesprechung der Gutachter stattgefunden hat

(vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 5.9.6). Die orthopädische und die psychiatrische Begutachtung wurde jedenfalls durch den fallführenden Gutachter Prof. M.____ koordiniert, der beide Teilgutachten unterzeichnet hat.

Soweit die Beschwerdeführerin Mängel bei der Begutachtung wie eine fehlende Mitteilung der Namen der Gutachter beanstandete (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5.9.1), fällt auf, dass die Beschwerdeführerin keine entsprechenden Beanstandungen im UV-Verfahren vorgebracht hat, was darauf schliessen lässt, dass sie die Mängel als nicht gravierend erachtete. Das

bidisziplinäre Gutachten des M.____

erweist sich folglich

als beweistauglich und es kann darauf abgestellt werden.

E. 6.2

Med. pract. N.____ und Prof. M.____ verneint in im psychiatrischen Teilgutachten, dass die Diagnosekriterien einer somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung erfüllt seien (E. 4.5 hiervor).

Die bei einer

somatoformen Schmerzstörung und vergleichbarer psychosomatischer Leiden

zu beachtende Rechtsprechung

(BGE 130 V 352 und nachfolgend ergangene Urteile) ist vorliegend nicht anwendbar, nachdem med. pract. N.____ und Prof. M.____ lediglich eine mögliche Anpassungsstörung, aber keine Schmerzstörung mit Krankheitswert diagnostiziert hatten. Für einen aus psychiatrischer Sicht weitgehend unauffälligen Befund spricht zudem, dass selbst die behandelnde Psychotherapeutin der Beschwerdeführerin

L.____

eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint hatte (E. 4.3 hiervor). Med. pract.

O.____

wies im Bericht vom 30. November 2015 darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin in einer komplexen medizinischen sowie psychosozialen Situation befindet (E.

4.6). Nach Würdigung der medizinischen Akten sind die geklagten psychischen Beschwerden nicht unerheblich auf die psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin

nach der Kündigung der letzten Arbeitsstelle im Jahr 2014 zurück zuführen. Ein Rentenanspruch sowie ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen sind daher bereits in Anbetracht der festgestellten psychosozialen Faktoren (vgl. E. 1.3) zu verneinen.

Soweit

lic. phil. P. ___ und Dr. Q. ___ im Bericht vom 15. Januar 2016 eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode diagnostiziert hatten, erweist sich eine solche Störung rechtsprechungsgemäss (E. 5.3 hiervor) als nicht invalidisierend.

Die im Bericht von med. pract. O. ___ vom 30. November 2015 diagnostizierten Kopfschmerzen nach Medikamentenübergebrauch sind grundsätzlich behandelbar. Hinsichtlich der

von den Ärzten der S. ___ attestierten eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 50 %

ergibt sich, dass die Ärzte im Bericht vom 7. April 2016 die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht weiter begründet haben. Für das Gericht kann daher nicht nachvollzogen werden, wie diese zu ihrer Einschätzung gelangt sind. Die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen die Einschätzung der Gutachter des M. ___ daher nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 6.3

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Filialleiterin nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Verglichen mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügung vom 15. Februar 2010 hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin daher nicht massgeblich verändert. Ein Rentenanspruch sowie ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen sind daher zu verneinen.

Die Beschwerdegegnerin hat

einen Anspruch auf IV-Leistungen im angefochtenen Entscheid

demzufolge

zu Recht abgelehnt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi, unter Beilage einer Kopie von Urk. 21 - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brugger

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). 2.

E. 11

Ziff. 6). 4.6

Die Beschwerdeführerin wurde am 2 5. November 2015 durch med. pr act . O.____ untersucht (Urk. 6/68/6). Med. pract . O.____ führte im Bericht vom 3 0. November 2015 (Urk. 6/68/6-10) aus, die Beschwerdeführerin sei ihr zur Beurteilung von seit

Langem bestehenden Kopfschmerzen und attackenartigen Störungen zugewiesen worden (S. 1).

Med. pract . O.____ stellte folgende Diagnosen (S. 1): -

Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz bei - zugrundeliegenden posttraumatischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Differentialdiagnose: zusätzlicher Migränetyp bei - Status nach zweimaligen HWS-Beschleunigungstrauma und leichtem Schädel-Hirn-Trauma (2012 und 2014) - attackenartige Zustände mit variablen Symptomen: Schweissausbrüche, Übelkeit, Ganzkörperkribbeln, Übelkeit bisher ungeklärter Genese, Differentialdiagnose: Kreislaufreaktionen, Differentialdiagnose: Angstattacken, Differentialdiagnosen: epileptische Genese

Anamnestisch bestünden ein Status nach einer Magenbypassoperation 2010, eine Hypothyreose, aktuell substituiert, und ein Vitamin D3 Mangel, aktuell substituiert.

Die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie seit über einem Jahr vergeblich wegen chronischer Kopfschmerzen betreut worden sei. Ursächlich für die Kopfschmerzproblematik seien zwei Autounfälle. Zuvor habe sie nur hin und wieder leichte Kopfschmerzen gehabt (S. 2 oben). Unabhängig von den Kopfschmerzen würden gelegentlich Zustände auftreten, bei denen die Beschwerdeführerin plötzlich Übelkeit und

ein Ganzkörperkribbeln empfinde. Es komme zu einem diffusen Schwindelgefühl und zum Teil auch zu Schweissausbrüchen. Das Bewusstsein sei hierbei nie beeinträchtigt. Die Patientin berichte, dass sie körperlich und geistig erschöpft sei. Sie sei häufig müde, auch weil sie schlecht schlafe (S. 2 unten).

Die Einschätzung der komplexen medizinischen wie auch psychosozialen Situation der Patientin könne nur bedingt erfolgen, da med. pract. O.____ keine Vorberichte oder Untersuchungsbefunde vorliegen würden. Unstrittig sei, dass bei der Menge und Dauer der Schmerzmitteleinnahme ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz diagnostiziert werden müsse (S. 4 Mitte). 4.7

Lic. phil. P.____, Fallführende Psychologin, und Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führten in einem Bericht vom 15. Januar 2016 (Urk. 6/81) zur aktuellen Situation aus, seit einem Autounfall im November 2014 bestünden bei der Beschwerdeführerin Ein- und Durchschlafstörungen und Nacken- und Kopfschmerzen. Die Beschwerden hätten sich seit August 2015 verstärkt mit Anfällen mit Schwindel, Übelkeit, Kribbeln und Schweissausbrüchen. Dann helfe ihr nur Liegen und Schlafen. Bis Mai 2015 hätten auch Rückenschmerzen bestanden. Die Patientin wolle keine Pläne machen aus Angst vor Enttäuschung (S. 1).

Lic. phil.

P.____ und Dr. Q.____ gaben zum Psychostatus an, die 38-jährige Patientin sehe müde aus. Sie sei bewussteinklar und zu allen Qualitäten orientiert. Im Kontakt sei sie teilweise gereizt. Die Auffassung sei unauffällig, die Konzentration eingeschränkt. Es komme zu Gedankenkreisen. Im Antrieb sei sie reduziert (S. 2 oben).

Die belastete Patientin sei seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig. Seither bestünden persistierende Nacken- und Kopfschmerzen. Es bestehe ein Status nach Binge Eating und Magen-Bypass-Operation. Weiter bestehe eine chronische Nacken- und Kopfschmerzsymptomatik bei einem Status nach zweimaligem HWS-Distorsionsstrauma. Eine Hypothyreose sei substituiert. Sodann bestehe eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode (S. 2). 4.8

Med. pract. R.____, praktischer Arzt und Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 2. Februar 2016 (Urk. 6/77 S. 3) aus, aufgrund der vorliegenden Unterlagen sei nicht von reinen Unfallfolgen auszu-gehen. Es lägen auch unfallfremde Faktoren vor.

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Filialleiterin lägen keine wesentlichen Einschränkungen vor. Der Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz sei behandelbar. Das Schlafentzugs-EEG zeige einen Normalbefund. Der psychiatrische Untersuchungsbefund vom Oktober 2015 sei unauffällig. In der bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin bestehe spätestens seit Oktober

2015 eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit. 4.9

Die Beschwerdeführerin war in der Folge vom 22. Februar bis 18. März 2016 in der S.____ hospitalisiert (Urk. 6/86 S. 1).

Die Ärzte der S.____ stellten im Bericht vom 7. April 2016 (Urk. 6/86) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf Medikamentenüberkonsum bei zugrundeliegenden posttraumatischen Kopfschmerzen, Differentialdiagnose: chronischer Migränetyp - Status nach

zweimaligem HWS-Beschleunigungstrauma und leichtem Schädel-Hirn-Trauma (2012 und 2014) - attackenartige Zustände mit variablen Symptomen: Schweißausbrüche, Übelkeit, Ganzkörperkribbeln, Übelkeit bisher ungeklärter Genese; Differentialdiagnose: Kreislaufreaktionen, Angstattacken - Status nach Magenbypassoperation 2010 - Hypothyreose unter Eltroxin-Substitution

Die Ärzte der Rehaklinik führten aus, die Beschwerdeführerin sei ihnen zur stationären neurologischen Rehabilitation zugewiesen worden. Seit 2012 bestünden zunehmende chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Bei zwei Autounfällen sei es zweimalig zu einem HWS-Beschleunigungstrauma und einem leichten Schädel-Hirn-Trauma gekommen. Beim Eintritt in die Klinik hätten tägliche Kopfschmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung bis in die Stirn mit einer Stärke auf der Schmerzskala von 8 von 10 bestanden (S. 1).

Die Schmerzsymptomatik habe sich im Verlauf verbessert, ohne dass die Schmerzen vollständig verschwunden seien (S. 2 oben). Für eine leichte körperliche Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % denkbar (S. 4 oben). 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin zog sich beim Unfall vom 12. Mai 2013 ein HWS-Beschleunigungstrauma und eine Gehirnerschütterung zu (Urk. 13/A1 Ziff. 2 und 4-6). Am 1. November 2014 erlitt sie bei einem Auffahrunfall erneut ein Schleudertrauma (Urk. 6/62/86 Ziff. 2, 4-6).

Ein

am 11. Mai 2015 in der H.____ durchgeführtes ambulantes Assessment ergab eine erhebliche Symptomausweitung mit Selbstlimitierung und Schonverhalten der Beschwerdeführerin.

Dr. I.____ und Dr. J.____, H.____, nannten im Bericht vom 15. Mai 2015 als Diagnosen eine Distorsion der HWS, ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom rechts, ein fibromyalgieähnliches Beschwerdebild und einen Verdacht auf eine depressive Erkrankung (E. 4.2 hiervor).

Im orthopädischen

Teilgutachten des M.____ vom 15. Oktober 2015 wurde

von somatischer Seite einzig eine leichtgradige radiale und ulnare

Epicondylopathie des rechten Ellenbogengelenks festgestellt. Die psychiatrische Begutachtung im M.____ ergab sodann

keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Erkrankung. Die Gutachter kamen

daher zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Filialleiterin in der Gastronomie zu 100 % arbeitsfähig ist (E. 4.4 und 4.5 hiervor).

Abweichend dazu attestierten die Ärzte der S.____ der Beschwerdeführerin eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 50 %. Lic. phil. P.____ und Dr. Q.____ attestierten gar eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 4.7 und 4.9 hiervor).

5.2

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). 5.3

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung zwar nicht schlechthin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, von einem psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Zumindest bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint dies das Bundesgericht regelmässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014, E. 4.2). 6.

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