

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00882 vom 16. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00882

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00882 du 16 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00882 del 16 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Dies gilt gleichermassen für Neu anmeldungen nach einer rückwirkend befristet zugesprochenen Rente (BGE 133 V 263) und nach einer revisionsweisen Aufhebung einer zuvor ausgerichteten unbefristeten Rente (vgl. etwa das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.201

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgegenstand 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 Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 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 unbesehen 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. 1.4.2

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I

454/99 E. 2a). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt

(vgl.

Urteile des Bundesgerichts 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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. 1.6

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.

E. 2

), was der Beschwerdeführer in

am 3. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, es sei keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Veränderung seit der Verfügung vom 6. November 2012 ausgewiesen. Neue somatische Diagnosen oder Sachverhalte würden nicht berichtet. Es seien mit Ausnahme des berichteten schädlichen Gebrauchs von Alkohol keine neuen Sachverhalte hinzugetreten (Urk. 2/1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte ihrerseits mit Verweis auf die Berichte ihrer behandelnden Ärzte eine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend. Seit Dezember 2012 liege eine rezidivierende depressive Störung schweren Grades vor. In der Zwischenzeit seien ausserdem eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen und ein schädlicher Gebrauch von Alkohol aufgetreten. Dabei handle es sich um Folgeerscheinungen der depressiven Störung (Urk. 1, Urk. 10). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis (vgl. E. 1.2) bildet die rentenaufhebende Verfügung vom 6. November 2012 (Urk. 7/318), welche auf einer umfassenden Prüfung des Sachverhalts im Nachgang zum Beschluss des hiesigen Gerichtes vom 9. März 2011 (vgl. insbesondere E. 1.1 des genannten Beschlusses) beruhte. Im Zeitpunkt dieser Verfügung präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.1.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin sowie Rheumatologie FMH, hielt im Bericht vom 23. März 2011 (Urk. 7/258/4-5) fest, aufgrund des mehrjährigen Krankheitsverlaufs mit Tendenz zur Beschwerdeintensivierung und Ausdehnung wie auch aufgrund des zunehmenden sozialen Rückzugs habe sich der Krankheitszustand der Beschwerdeführerin in den letzten Monaten wesentlich verschlechtert. Hinzu komme die sich über Jahre hinweg ziehende Unsicherheit betreffend die erwartete Unterstützung durch die Versicherungen. Ebenso hinzu komme die Unsicherheit hinsichtlich finanzieller Unterstützung im Alltag bei Unfähigkeit, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Ob diese Entwicklung für das Scheitern der bisherigen Rehabilitationsmassnahmen wesentlich verantwortlich gewesen sei, könne nur vermutet werden. Allenfalls werde insofern eine Anpassung der therapeutischen Bemühungen im Sinne einer erneuten Rehabilitation angestrebt werden müssen.

E. 3.1.2

Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 19. April 2011 (Urk. 7/258/1-3) folgende Diagnosen: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10 G93.3). Prof. Dr. A.____ führte aus, die seit 2009 bestehende Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.41 treffe auf die Beschwerdeführerin unzweifelhaft zu. Das Chronic Fatigue Syndrom sei bei der Beschwerdeführerin als Komorbidität zur chronischen Schmerzstörung zu verstehen. Zusätzlich bestehe eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom. Die Beschwerdeführerin habe über eine niedergeschlagene Stimmung mit wiederholten Weinkrämpfen, Freudlosigkeit, psychomotorischer Antriebshemmung, Schlafstörungen, Appetitverminderung, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Schuldgefühlen gegenüber ihrem Ehemann, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen durch die Tatsache, nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen zu können und ihre Leistungsfähigkeit gegenüber früher ganz eingeschränkt zu sehen, sowie über sehr pessimistische Zukunftsperspektiven berichtet. Der Krankheitsverlauf müsse nun nach mehreren Jahren als unverändert beurteilt werden, dies trotz adäquater stationärer und ambulanter Therapie. Ebenfalls konstant habe ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens stattgefunden. Zudem seien die Ressourcen der Beschwerdeführerin über das normale Mass hinaus eingeschränkt.

E. 3.1.3

Im Austrittsbericht vom 18. August 2011 über die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung der Beschwerdeführerin vom 21. Juni bis 18. Juli 2011 (Urk. 7/272/43-45) hielten die Ärzte der B.____ fest, gesamthaft habe ein erfolgreicher Rehabilitationsaufenthalt verzeichnet werden können. Nach einem aufgrund der Schmerzlimitierung und der relativ ausgeprägten depressiven Symptomatik prolongierten Einstieg habe die Beschwerdeführerin zunehmend zur Ruhe finden, eigene Grenzen wahren und einhalten, eine Tagesstruktur für den Alltag erarbeiten sowie insbesondere Schmerz- und Depressionsbewältigungsstrategien erlernen und ansatzweise umsetzen können. Man habe die Beschwerdeführerin in einem verbesserten Allgemeinzustand und bei ansatzweise gesteigerter psychophysischer Belastbarkeit in das häusliche Umfeld entlassen können.

E. 3.1.4

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) führte in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2012 (Urk. 7/278/3-4) aus, den vorliegenden Akten seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen vor. Bei den von Prof. Dr. A.____ erhobenen Befunden handle es sich nicht um einen objektiven Psychostatus, sondern um die rein subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin.

E. 3.2

Im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldungsverfahrens präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt :

E. 3.2.1

Im Bericht vom 6. Dezember 2012 (Urk. 7/332/28-32) hielt Prof. Dr. A.____ zuhanden des damaligen Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest, dass der Beschwerdeführerin eine

Erwerbstätigkeit nicht zumutbar sei. Auf grund der chronifizierten Schmerzkrankheit mit zentraler Hypersensivität, anhaltend mittelgradig und nun schwerer depressiver Episode, stark eingeschränkter Belastungsfähigkeit sowie neuropsychologischer Defizite mit kognitiven Einschränkungen im Rahmen der genannten Diagnosen müsse bei einer erzwungenen Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit von einer nicht zumutbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Wie bereits mehrfach festgehalten, besteht seit Jahren eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32 . 11). Bei genauer Konsultation der Depressionskriterien nach ICD-10 müsse nun sogar von einer schweren depressiven Episode gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin erfülle sämtliche drei Hauptkriterien sowie mindestens vier zusätzliche Kriterien von langer Dauer und Intensität . Die Beschwerdeführerin

bedürfe offensichtlich ständiger Betreuung im ambulanten Setting. Die psychopharmakologische Therapie habe in den letzten Monaten soweit subjektiv verträglich zunehmend intensiviert werden müssen. Die vorliegende depressive Störung nehme seit mindestens fünf Jahren ein klinisch relevantes Ausmass an . Zusammengefasst liege somit eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Es liege eine mittelschwere depressive Episode über mehrere Jahre vor, welche in den letzten Wochen nun die Kriterien für eine schwere depressive Episode gemäss ICD-10 F32.21 erfülle.

E. 3.2.2

Prof. Dr. A. ___ hielt im Austrittsbericht vom 16. August 2013 (Urk. 7/344/4-11) über die stationäre Abklärung und Behandlung vom 3. bis 29. Juni 2013 fest, insgesamt habe die Beschwerdeführerin gut von der multimodalen Schmerztherapie profitieren können. Sie habe sich sehr motiviert für einen Valium -Entzug gezeigt . Die Beschwerdeführerin sei während des Aufenthalts abstinent gewesen und habe sich motiviert gezeigt, eine Reduktion des Alkoholkonsums anzustreben.

Sie habe auf Alkohol verzichten können , ohne dass Entzugssymptome aufgetreten seien. Bei Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin für eine schwere depressive

Episode qualifiziert. Im klinischen Setting mit Reduktion von Valium und Steigerung von Trittico habe sich eine gewisse Besserung der depressiven Symptomatik gezeigt , so dass im Verlauf noch eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen habe . Kurz vor Austritt habe die depressive Symptomatik wiederum zugenommen , vor allem weil sich die Beschwerdeführerin wieder vermehrt mit der für sie existenziell bedrohlichen ungelösten IV-Problematik konfrontiert gesehen habe .

E. 3.2.3

Im Verlaufsbericht vom 18. Februar 2016 (Urk. 7/361/1-5) stellte Prof. Dr. A. ___ folgende Diagnosen: Schwere depressive Episode ohne psychische Symptome, latente Suizidalität (ICD-10 F32.2, seit 12/2012), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 19 F45.41, seit 07/2009), chronisches, generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom (seit 1998), Chronisches Fatigue Syndrom (ICD-10 G93.3, seit 12/2007), Valium-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2, seit 11/2011), schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1, seit 08/2013) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit Überengagiertheit und -gewissenhaftigkeit (ICD-10 Z73.1, seit Adoleszenz, Diagnose 12/2007). Prof. Dr. A. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin sei im Gespräch verlangsamt und die Aufmerksamkeitsspanne und Konzentrationsfähigkeit sei

eingeschränkt gewesen . Das Denken sei verlangsamt gewesen mit auffälligen Pausen im Redefluss, sprunghaftem Gedankengang, und inhaltlicher Fixierung auf die Erschöpfung und Energielosigkeit sowie vielfältige Funktionseinschränkungen im Alltag. Es hätten eine stark gedrückte Stimmung und Freudlosigkeit sowie ausgeprägte pessimistische Zukunftsperspektiven mit Existenzängsten bestanden . Das Selbstwertgefühl sei stark vermindert gewesen . Es lägen somatische Symptome von starker Erschöpfung, Schlafstörungen und vermindertem Appetit vor.

Die Beschwerdeführerin sei psychomotorisch gehemmt infolge starker Erschöpfung und depressiver Symptomatik. Die Körperpflege könne nur noch an durchschnittlich zwei Tagen pro Woche durchgeführt werden. Die Beschwerdeführerin sei während des Untersuchens mehrmals in Tränen ausgebrochen.

Der behandelnde Psychiater hielt fest, trotz sehr motivierter Beschwerden führe sie angesichts der höchst geringen Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung und Therapieteilhabe sowie der ausgeprägten und chronifizierten Funktionseinschränkungen in sämtlichen Bereichen des Alltags nur eine Stabilisierung auf tiefem Niveau erwartet werden. Dies gelinge im Rahmen des für die Beschwerdeführerin Zumutbaren

in den letzten drei Jahren ungenügend mit entsprechend schlechter Prognose . Die ambulante Physiotherapie , die ein- bis zweimal in der Woche stattfinden müsste, könne die Beschwerdeführerin seit Sommer 2015 wegen zunehmender Erschöpfung nur noch etwa einmal im Monat aufsuchen.

E. 3.2.4

Im Verlaufsbericht vom 11. April 2016 (Urk. 7/366/5-7) führte Dr. Z.____ aus, der Beschwerdeführerin sei es seit Sommer 2015 kaum mehr möglich , monatlich in die Therapie zu gehen. Im November 2015 sei die Therapie aufgrund der dramatischen Verschlechterung im Rahmen des Chronic Fatigue Syndroms gänzlich sistiert worden . Ebenso habe sich zunehmend eine Fixation auf die etablierte Medikation im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen gezeigt . Hinzu sei die Neigung zur Medikamentengewöhnung im Rahmen der Abhängigkeitsproblematik. Es

sei es der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich, die Körperpflege täglich durchzuführen. Auch sei es ihr nicht mehr möglich , die kleinsten Haushaltsarbeiten auszuführen und täglich zu kochen. Aktuell und in näherer Zukunft sei keine Restarbeitsfähigkeit vorhanden. Diese Belastungsintoleranz habe sich insbesondere im Verlaufe der letzten ein bis zwei Jahren massiv verschlechtert. Aufgrund des Verlaufes und insbesondere aufgrund des massiven Kräftezerfalls und der zunehmenden psychischen Dekompensation im Verlaufe der letzten zwei Jahre müsse von einer schlechten Prognose ausgegangen werden. 4. 4.1

Wie in E. 1.1 und 1.2 dargelegt, ist bei einer Neuanschuldung zunächst zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und/oder dessen erwerbliche Auswirkung seit Erlass der Verfügung vom 6. November 2012 , mit welcher die Invalidenrente per Ende Dezember 2012 aufgehoben worden war (Urk. 7/ 318), derart wesentlich verändert haben, dass nunmehr - wiederum - Anspruch auf eine Invalidenrente besteht .

4.2

Die Beschwerdeführerin macht e

geltend, da neu eine schwere rezidivierende depressive Störung sowie zusätzlich eine Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten vorliege, habe sich ihr Gesundheitszustand erheblich verändert (E. 2.2). Die Beschwerdeführerin erwog ihrerseits, es sei keine invaliden versicherungsrechtlich relevante Verschlechterung ausgewiesen (E. 2.1). 4.3

Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der letzten Verfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der letzten Verfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (vgl. E. 1.1, E. 1.2). 4.4

4.4.1

Hinsichtlich der geltend gemachten erheblichen Verschlechterung der depressiven Erkrankung der Beschwerdeführerin zeigt der Vergleich der Beurteilungen des behandelnden Psychiaters Prof. Dr. A. ___ von 2011 mit den im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren ergangenen Verlaufsbeurteilungen, dass einzig eine - revisionsrechtlich nicht beachtliche (vgl. E. 4.3) - andere Beurteilung desselben Sachverhaltes vorliegt. Dies ist insbesondere daran ersichtlich, dass sich die von Prof. Dr. A. ___ damalig und aktuell erhobenen Befunde bei unterschiedlich festgestelltem Schweregrad der diagnostizierten depressiven Störung nicht wesentlich unterscheiden. Wie bereits in den der letztmaligen Verfügung zugrunde liegenden Berichten hielt der behandelnde Psychiater fest, die Beschwerdeführerin leide unter Freudlosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, einem verminderten Appetit, einem stark verminderten Selbstwertgefühl, sei im Antrieb psychomotorisch gehemmt, berichte über pessimistische Zukunftsperspektiven und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und habe während der Untersuchung mehrmals geweint (E. 3.1.2, E. 3.2.3). Zudem hielt Prof. Dr. A. ___ bereits im Jahr 2011 einen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens fest und erachtete die Beschwerdeführerin als in ihren Ressourcen in starkem Masse eingeschränkt (E. 3.1.2, E. 3.2.1, E. 3.2.3, vgl. auch Urk. 7/344/1-3). Eine erhebliche Verschlechterung der depressiven Symptomatik der Beschwerdeführerin ergibt sich damit aus den Berichten von Prof. Dr. A. ___ nicht. 4.4.2

Im Übrigen ist die Diagnose einer anhaltenden schweren depressiven Störung mit Blick auf die vorliegende Aktenlage als nicht nachvollziehbar zu erachten. Den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren nur noch alle zwei bis drei Monate für eine Stunde in psychotherapeutischer Behandlung war und im Jahr 2015 alle Therapien abbrach (E. 3.2.3, E. 3.2.4, Urk. 7/361/4). Zudem ist nicht aktenkundig, dass seit dem Jahr 2013

eine erneute (teil-)stationäre Behandlung stattgefunden hätte, was aufgrund des Umstandes, dass die stationären Aufenthalte im Jahr 2011 und 2013 zumindest vorübergehend jeweils zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation geführt hatten (vgl. E. 3.1.3, E. 3.2.2), sowie vor dem Hintergrund des berichteten schweren Verlaufs respektive der geltend gemachten massiven Dekompensation der Beschwerdeführerin insbesondere in den letzten zwei Jahren zu erwarten gewesen wäre.

Ferner ist festzuhalten, dass sich Prof. Dr. A. ___ – wie bereits in seinen früheren Beurteilungen (vgl. E. 3.1.2) – bei seinen Einschätzungen hauptsächlich auf die

subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützte und dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

4.5

Hinsichtlich der im Jahr 2013 erstmals gestellten Diagnose eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol (vgl. E. 3.2) ist darauf hinzuweisen, dass das Vorliegen einer neuen Diagnose an sich nicht bereits auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen lässt. Wie bereits dargelegt, setzt der Nachweis einer Invalidität nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte und objektifizierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen. Ein Suchtleiden vermag nach der Rechtsprechung für sich allein eine noch keine Invalidität zu begründen

(vgl. E. 1.4).

Dass der diagnostizierte Alkoholmissbrauch zu einer Gesundheitsschädigung mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt hätte oder aus einer solchen entstanden wäre, ist vorliegend nicht überwiegend wahrscheinlich belegt. Selbst wenn eine gewisse Wechselwirkung zwischen dem diagnostizierten schädlichen Gebrauch von Alkohol und dem psychischen Leiden zu bejahen wäre, wäre die notwendige Schwere im Sinne der genannten Rechtsprechung vorliegend nicht erreicht. Eine wesentliche Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG ist demnach auch aufgrund des neu diagnostizierten Suchtleidens nicht ausgewiesen. 4.6

Schliesslich vermögen auch die Berichte von Dr. Z. ___ (vgl. E. 3.2.4, Urk. 7/339/1-2), soweit sie überhaupt den Kriterien hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes (vgl. E. 1.6) entsprechen, keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen Verfügung vom November 2012 zu belegen, zumal der Hausarzt eine solche Verschlechterung im Wesentlichen aus den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin ableitete und sich auf die Berichte von Prof. Dr. A. ___ stützte. 4.7

Nach dem Gesagten ist eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Damit fehlt es an einer Voraussetzung, dass erneut ein Rentenanspruch entstehen kann. 5.

Die Verfügung vom 29. Juni 2016, mit welcher ein Rentenanspruch verneint worden war, erweist sich somit als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

00.-- festzusetzen und ausgangs gemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Regula Aeschlimann Wirz - 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
Hurst
Janett

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