

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00903 vom 31. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00903

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00903 du 31 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00903 del 31 agosto 2017

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente

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

E. 1.2

Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E.

2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in

rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E.

2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachen an der Sache glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 5. Juli 2016 (Urk. 2) davon aus, dass die Abklärungen keine nachvollziehbare gesundheitliche Veränderung gegenüber der Verfügung vom 23. März 2012 ergeben hätten. Es seien keine weiteren medizinischen Unterlagen eingereicht worden, welche die Aktenlage verändern würden. Die Beschwerdeführerin habe weiterhin keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), dass es ihr heute wesentlich schlechter gehe als noch im Jahr 2012 (S. 4). Sie habe sich seit dem 12. November 2014 stationär in der psychiatrischen Klinik Y.____ aufgehalten. Die Diagnose habe auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischen Symptomen gelautet (Urk. 13 S. 5). Mit den Berichten der Klinik Y.____ sei klar erstellt, dass sich seit der Verfügung vom 23. März 2013 eine dauerhafte und wesentliche Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes eingestellt habe. Der schwere Einbruch im Jahr 2014 sei nicht bloss vorübergehend gewesen, sondern habe zu einer dauerhaften und schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt. Basierend auf den erwähnten medizinischen Unterlagen sei erstellt, dass sie aufgrund ihrer Störung nicht mehr arbeitsfähig sei (S. 11). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob seit der Verfügung vom März 2012 (Urk. 6/125), womit die Rente aufgehoben wurde, eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist und ihr infolgedessen ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zusteht. 3. 3.1

Im Zeitpunkt des Urteils des hiesigen Gerichts vom 11. September 2012 (Urk. 6/139) stellte sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen wie folgt dar. 3.2

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,

berichtete am 16. Dezember 2007 (Urk. 6/71) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schleudertrauma bestehend seit 29. Mai 2000 (Ziff. 2.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Endometriose, eine Hypercholesterinämie, chronisch rezidivierende Bauchschmerzen sowie eine Gewichtszunahme (Ziff. 2.2). Sie führte aus,

dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2000 zu 70 % arbeitsunfähig sei (Ziff. 3). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 5.2). 3.3

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Medizinisches Zentrum B.____, erstattete sein Gutachten (Urk. 6/101/1-59) am 18. Dezember 2010 gestützt auf die Anamnese, die Befunde, die ihm überlassenen Akten (S. 2 f.) sowie ein rheumatologisches (Urk. 6/101/60-66), neurologisches (Urk.

E. 6

/ 101/67-77) und psychiatrisches (Urk. 6/101/78-86) Konsilium.

Er nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 6.1): - chronifiziertes Zervikozephalosyndrom mit/bei: - Status nach zweizeitigem Autounfall (Frontalkollision und Heckkollision) vom 25. (richtig: 29.) Mai 2000 - mässig schmerzhaften Tendomyosen - radiologisch geringer Progression der Osteochondrose mittelnervikal - myofasciales Schultergürtel-Syndrom beidseits mit/bei: - thorakaler Hyperkyphose - radiologisch Tendenz zur Spondylosis hyperostotica - deutlicher muskulärer Dysbalance

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 48 Ziff. 6.2): - Migräne (Differentialdiagnose: möglicher anteiliger Analgetikakopfschmerz) - leichtgradige Schallempfindungsstörung rechts mit/bei: - Status nach Hörsturz im Jahr 2008 - essentielle arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt - Status nach diversen intraabdominellen Eingriffen bei Endometriose Er führte zudem aus, dass die Beschwerdeführerin aus internistischer Sicht sowohl als Büroangestellte als auch für alle sonstigen Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 52 unten). Aus rheumaorthopädischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass sich gegenüber der Gutachtenuntersuchung an der RehaClinic C.____ vom März 2003 (vgl. vorstehend E. 3.6) nichts Wesentliches geändert habe. Die Art und Lokalisation der geklagten Beschwerden könnten vor allem als Ausdruck eines myofascialen Schmerzsyndroms des ganzen Schultergürtels durch die beschriebenen klinischen Befunde problemlos objektiviert werden, nicht jedoch die angegebene Einschränkung im Alltag. Nicht bestätigt werden könne ausserdem die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms. Vielmehr zeige die Beschwerdeführerin einige Aspekte eines nicht organischen Krankheitsverhaltens. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien der Beschwerdeführerin den Schultergürtel speziell belastende Tätigkeiten in einer unergonomischen Arbeitshaltung, häufige Tätigkeiten über Schultergürtelhöhe sowie belastende Arbeiten rotatorischer oder elevatorischer Art im Schultergürtel nicht mehr zumutbar. Für adaptierte Arbeiten sei rein von Seiten des Bewegungsapparates her eine vollschichtige Tätigkeit zumutbar (S. 53). Bei der neurologischen Untersuchung finde sich kein sicherer oder wahrscheinlicher Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Es bestehe der dringende Verdacht einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen den anamnestisch angegebenen Beschwerden beziehungsweise den demonstrierten Bewegungseinschränkungen und dem uneinträchtigen klinischen Eindruck beziehungsweise der freien HWS Beweglichkeit ausserhalb der formalen Prüfung. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Kopf- und Nackenschmerzsymptomatik sei am ehesten als Migräne zuzuordnen. Für eine Migräne würden dabei vor allem auch die migräne-typischen Begleitphänomene (Licht- und

Lärmscheu, Visusstörungen) sprechen (S. 53 unten). Eine neurologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor (S. 54 oben). Bei der psychiatrischen Exploration sei es heute nicht mehr möglich, eine psychiatrische Störung mit entsprechenden objektivierbaren Befunden festzustellen. Es finde sich im Psychostatus bis auf eine leichte Konzentrationsminderung eine affektiv völlig unauffällige, gut schwingungsfähige und auch nicht subdepressive Beschwerdeführerin. Da überhaupt kein depressives Zustandsbild mehr vorliege, dieses jetzt offensichtlich auch ohne antidepressive Medikation und ohne Psychotherapie weiterhin remittiert sei, könne auch keine Folgediagnose gestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei gut in der Lage, ihren Lebensalltag und ihren Haushalt mit Hilfe des Ehemannes zu bestreiten. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht für alle körperlich leichteren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne besondere Belastung des Schultergürtels und nicht ausschliesslich sitzend mit Flexionsstellung des Kopfes vollschichtig, das heisse zu 100 % arbeitsfähig (S. 54 f.). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Arbeitsfähigkeit nur qualitativ eingeschränkt. Ein psychisches oder somatisches Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf Dauer quantitativ einschränken würde, sei nicht ausgewiesen (S. 59 oben). 3.4

Nach Rückfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. A. ___ am 3. März 2011 aus (Urk. 6/104), dass die Diagnose eines „chronifizierten Zervikocephalsyndroms bei einem myofaszialen Schultergürtelsyndrom“, welche ursprünglich zur Zusprache einer Rente geführt habe, aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bewirke. Bei der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass sich im Verlauf der letzten Jahre die Funktionalität erheblich verbessert habe, so dass sie jetzt mit ihren Beschwerden dank einem Adaptionsprozess viel besser umgehen könne als zu Beginn. Aus interdisziplinärer Sicht könnten keine Einschränkungen mehr objektiviert werden, welche eine Arbeitsunfähigkeit in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellte oder in einer allgemeinen Verweistätigkeit begründen könnten. Es sei demnach bei der Beschwerdeführerin von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund eines deutlich gebesserten Gesundheitszustandes auszugehen. 3.5

Dr. med. D. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 25. März 2011 Stellung zum B. ___-Gutachten (Urk. 6/106/6) und führte aus, dass dieses bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar sei und darauf abgestellt werden könne. Ab Datum der Begutachtung im Oktober 2010 sei nicht mehr von einem dauerhaften arbeitsunfähigkeitsrelevanten Gesundheitsschaden und somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die bisherige und angepasste Tätigkeit auszugehen. 3.6

Dr. Z. ___ berichtete am 27. April 2011 (Urk. 6/116/1) und führte aus, dass die Beschwerdeführerin ihren Haushalt nur dank der Hilfe ihres Ehemannes für alle schweren Arbeiten bewältigen könne. Sie habe trotz verschiedenen Arbeitsversuchen wegen Verschlimmerung der Beschwerden keine Arbeitsfähigkeit mehr erreicht. Sie sei mit dem Aberkennen der Rente nicht einverstanden. 3.7

Lic. phil. E. ___ und med. pract. F. ___, Psychotherapeutisches Ambulatorium G. ___, berichteten am 27. April 2011 (Urk. 6/116/3-5) und nannten folgende Diagnosen (Ziff. 3): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Sie führten aus, dass es der Beschwerdeführerin unterdessen relativ gut gelinge, mit den aus Verunsicherung entstehenden Selbstzweifeln umzugehen und Zugang zu ihren eigenen Bedürfnissen und Emotionen zu finden. Ihr Selbstwertgefühl sei jedoch noch ziemlich fragil. Sie lasse sich zu leicht von Meinungen anderer beeinflussen und stelle dann ihre eigene Person in Frage. Erste Schritte hin zu einer kompetenteren Stressbewältigung seien bisher gemacht worden, diese würden jedoch noch nicht genügen (Ziff. 5). Die Psychotherapie ermögliche der Beschwerdeführerin jedoch, mit ihren Beschwerden besser umgehen zu können, was eine Stabilisierung des Zustandsbildes ermögliche (Ziff. 5 unten). Aktuell nehme die Beschwerdeführerin keine Psychopharmaka ein (Ziff. 7). Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs sei im Hinblick auf die bereits chronifizierten Schmerzen von einer sehr langsamen physischen Zustandsverbesserung auszugehen (Ziff. 8).

Sie führten weiter aus, dass der Beschwerdeführerin ein mehr als 30%iges Pensum bei jetzigem Gesundheitszustand aus ärztlicher Sicht nicht möglich sei (Ziff. 4). 3.8

Am 29. Juli 2011 nahm Dr. A. ___ erneut Stellung (Urk. 6/123) und führte aus, dass der Unfall vom 29. Mai 2000 als Bagatelereignis eingestuft werden müsse. Dabei habe die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsionsverletzung ohne nachweisbare strukturelle Läsion der zervikalen oder nuchalen Strukturen erlitten, welche demzufolge als leichtgradig beurteilt werden müsse. Eine unfall-traumatisch bedingte Hirnläsion sei mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen. Zudem befinde sich die Beschwerdeführerin trotz ihrer attestierten psychiatrischen Problematik seit geraumer Zeit nicht mehr in fachärztlicher Behandlung. Zusammenfassend ergäben die Einwände der Beschwerdeführerin keinen Anlass, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 18. Dezember 2010 zu revidieren, es sei somit an diesem festzuhalten. 3.9

Dr. D. ___, RAD, nahm am 6. August 2011 Stellung (Urk. 6/124/3) und führte aus, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen, so dass weiterhin auf das B. ___-Gutachten und die Stellungnahme des RAD vom 25. März 2011 (vgl. vorstehend E. 4.5) abgestellt werden könne. 4. 4.1

Seit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 11. September 2012 (Urk. 6/139) sind folgende medizinische Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

H. ___, lic. phil. I, Fachpsychologin I. ___, ersuchte am 27. Januar 2014 (Urk. 6/167) um erneute Prüfung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Integrationsmassnahmen. Sie führte aus, dass sie die Beschwerdeführerin am 21. Januar 2014 erstmals zu einem ambulanten Erstgespräch gesehen habe. Die Beschwerdeführerin habe im Gespräch depressive Symptome und Ängste beklagt, welche sie seit einigen Monaten im Erledigen von Alltagsaktivitäten einschränkten. Die vorliegenden Befunde würden den klinischen Eindruck einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) bestätigen. 4.3

Lic. phil. H. ___ berichtete erneut am 8. Juli 2014 (Urk. 6/177) und nannte folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0)

Sie führte aus, dass leichte bis mittelgradige Auffassung- und Konzentrationsstörungen, ein verlangsamtes Denken, ein Grübeln, ein deprimierter Affekt, Insuffizienzgefühle und ein sozialer Rückzug bestünden. Die Beschwerdeführerin sei misstrauisch, ängstlich, affektlabil und antriebsarm (S. 1). 4.4

Die Ärzte der Privatklinik Y.____ berichteten am 17. Dezember 2014 (Urk. 6/183/2-4 = Urk. 6/188/5-7) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin seit dem 12. November 2014. Sie nannten folgende Diagnose: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.2)

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem Aberkennen der Invalidenrente erneut zunehmend an depressiven Stimmungsschwankungen und vermehrter Schlaflosigkeit leide. Die deprimierten Stimmungsschwankungen würden als sehr quälend wahrgenommen. Auffallend seien die Ängste, welche in Situationen auftreten würden, bei denen sich die Beschwerdeführerin unzulänglich fühle. Dabei erlebe sie Atemnot, Engegefühl, Verspannung, Schwindel und Übelkeit (S. 1). Der antidepressive Behandlungsversuch mit Fluoxetin habe wegen Sedation, Übelkeit und Entfremdungsgefühl sistieren müssen. Die Beschwerdeführerin zeige eine eher schwere depressive Episode mit einer reduzierten Grundstimmung, Affektlabilität, reduzierten Vitalgefühlen, Interessen- und Antriebsarmut, körperlicher Erschöpfung, Gedankenkreisen, Zukunftsängsten, innerlicher Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen und einem sozialen Rückzug. Prognostisch sei von einem längeren Genesungsprozess auszugehen (S. 2). 4.5

Med. pract. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, der Beschwerdeführerin, nahm am 21. April 2015 Stellung (Urk. 6/196/2-3) und führte aus, dass die Psychologin Sprecher in ihrem Bericht bereits nach sechs tägiger Behandlung befürworte, Integrationsmassnahmen zu prüfen. Sie berufe sich dabei unter anderem auf den BDI und den SCL-90-R, die beide die subjektiven Einschätzungen der Beschwerdeführerin wiedergeben würden. Ein objektiver Befund werde nicht vorgelegt. Es sei nachvollziehbar, dass es der Beschwerdeführerin seit der Aberkennung der Rente schlechter gehe. Die Psychiaterin der Klinik Y.____ schildere detailliert die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin. Erfreulicherweise würden breite Freizeitinteressen angegeben. Der psychopathologische Befund stelle eine Mischung aus objektiven Beobachtungen und subjektiven Patientenangaben dar. Die Angabe Interessenarmut stehe in krassem Widerspruch zu den geschilderten breiten Freizeitbeschäftigungen. Angesichts der breiten Freizeitinteressen könne keine schwere depressive Episode vorliegen. Diese Einschätzung könne nicht nachvollzogen werden. 4.6

Dem Abklärungsbericht für Hilflösenentschädigung vom 27. Mai 2015 (Urk. 6/198) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin während der gesamten Dauer des Gesprächs konzentriert geblieben sei. Zeichen einer Konzentrationsschwäche hätten keine erkannt werden können, auch wenn teilweise ohne Ankündigung von einem Thema zum nächsten gewechselt werde. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie sich seit September letzten Jahres immer mehr von ihren Kolleginnen zurückgezogen habe. Sie unternehme nur noch mit einer Bekannten Spaziergänge. Ansonsten habe sie diese gesellschaftlichen Freizeitunternehmungen eingestellt (S. 1 f.). Der Rentenentscheid im 2012 habe tiefgreifende Wirkung gezeigt. Sie sei in ein Loch gefallen und habe sich ständig schlechter gefühlt. Mit der Selbstpflege habe die Beschwerdeführerin keine Probleme. Der gepflegte Auftritt habe grossen Stellenwert in ihrem Leben (S. 2). Der Tag-/Nachtrhythmus sei intakt. Sie stehe morgens zwischen 7.30 und 8.00 Uhr auf. Sie fühle sich dann jedoch nicht erholt. Es sei für sie sehr wichtig, nach dem Erwachen aktiv in den Tag zu starten. Abends begeben sie sich zwischen 22.00 und 23.00 Uhr zu Bett. Sie verspüre dann Müdigkeit und handle entsprechend. Jede Nacht verwache sie und müsse dann mit verschiedenen Strategien wieder in

den Schlaf zurückfinden. Wenn dies nicht gelinge habe die Beschwerdeführerin ein Baldrianpräparat und Notfalltropfen (Bachblüten prä parat) zur Verfügung. Sie dusche aus eigenem Antrieb. Dies sei für sie ein wichtiger Bestandteil des Tages. In ganz schlechten Phasen sei es unregelmässig vorge kommen, dass sie einige Tage lang die Haare nicht gewaschen habe (S. 3). Mit Kollegen treffe sie sich eigentlich nur noch am Wochenende zusammen mit dem Ehemann (S. 5 unten). 4.7

Lic. phil. H.____ berichtete am 22. Juli 2015 (Urk. 6/205) und nannte folgende Diagnose: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere depressive Episode mit Panikstörung (ICD-10 F33.0/33.1)

Sie führte aus, dass die Beschwerdeführerin von der Persönlichkeit sehr affekt la bil sei , hohe perfektionistische Ansprüche an sich habe , jedoch klare Struktu ren im Tagesablauf brauche . Sie sei in Beziehungen schnell verunsicher bar und ha be gleichzeitig ein hohes Autonomiebedürfnis, was sie antreibe, wei terhin therapeutisch an sich zu arbeiten und möglichst unabhängig von ihrem Mann zu werden. Di e finanzielle Abhängigkeit mache ihr Angst und belaste sie. Dies sei auch ein wichtiger Antriebsfaktor, um wieder in die Erwerbstätigkeit zu gelangen. Sie sei gefangen in einem Teufelskreis von ihrem Wunsch so schnell als möglich wieder mehr Selbständigkeit zu erlangen und der geringen Belast barkeit, welche ihr diesen Schritt nicht ermögliche (S. 1) .

Sie habe die Beschwerdeführerin a ls motivierte Patientin kennengelernt, die sämtliche Angebote in Anspruch n ehme , damit ihr Gesundheitszustand sich verbesser e. Sie gehe seit 2000 (nach dem Unfall) in die Physiotherapie und mache - wenn es die gesundheitliche Situation erlaub e - seit 2003 regelmässig Sport (Aquafit, Nordic Walking). Sie habe bereits bei Behandlungsbeginn beklagt, unter Panikattacken zu leiden, die vor allem in Stresssituationen auf getreten seien . Leider habe sich ihr bereits instabiler Gesamtzustand (deprimier ter A ffekt, Antriebsprobleme, Ängste, Schmerzen im Kopf, Nacken und Rücken ber eich) nach einem Arbeitsversuch verschlechtert. Sie habe danach verstärkt Kopfschmerzen während 2 Wochen gehabt. D arauf sei eine medikamentöse Behandlung in der Notfallpraxis des Spital Bülach erfolgt . Aufgrund dieser kör perlichen Reaktionen, sei die Beschwerdeführerin stark verunsichert gewesen , ob sie die Anforderungen einer Arbeit schaffen könne. Es habe sich

gezeigt , dass die Beschwerdeführerin aus eigenem Antrieb den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt nicht schaffe . Leider hätten jedoch Integrati onsangebote

nicht umgesetzt werden können , da für leichtere Anforderungen die Finanzierung ge fehlt habe . Die Beschwerdeführerin sei über den gescheiterten Arbeitsversuch enttäuscht gewesen und es sei in der Folge eine zunehmende Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes erfolgt. Sie habe sich zunehmend zu Hause zurück ge zogen . Auch ihren Freizeitaktivitäten wie Nordic Walking und Basteln sei sie nicht mehr nach gegangen . In den Therapiestunden habe sich die Beschwerde führerin verzweifelt, überfordert, ängstlich und sozial zurückgezogen gezeigt (S. 2). Auch die physiotherapeutische Behandlung habe sie ab gebrochen . Ihr Gesamtzustand habe dem Bild einer schweren depressiven Störung entsprochen . Daraufhin sei sie in der Klinik Y.____ angemeldet worden , wo sie vo n November 2014 bis Februar 2015 behandelt w o rde n sei. Danach sei die tages klinische Behandlung in der K.____ vom 1 3. April 2015 bis 2 8. April 2015 einge leitet worden. Daraufhin sei zur weiteren Unterstützung die gemeinde psychiatrische Spitex eingeschaltet worden, welche die Beschwerdeführerin wöchentlich s ehe (S. 3 oben).

Die Beschwerdeführerin komme regelmässig einmal pro Woche zur ambulanten Psychotherapie. Seit Herbst 2014 habe die Therapie eine Stabilisierung der Enttäuschung nach dem gescheiterten Arbeitsversuch beinhaltet. Die Beschwerdeführerin sei zunehmend in eine schwere depressive Stimmungslage geraten, war von der Erledigung von Alltagsangelegenheiten überfordert, zog sich sozial vermehrt zurück. Das ambulante Setting sei nicht mehr suffizient gewesen, so dass sie in die Klinik Y. zur weiteren Stabilisierung ein getreten sei. Nach Klinikaustritt sei es wieder zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen. Aktuell habe die Beschwerdeführerin ein Setting mit wöchentlicher Spitex und ambulanter Psychotherapie. Die Beschwerdeführerin schaffe es nicht, selbständig den Wiedereinstieg in die Arbeit zu finden. Ihre Belastbarkeit sei

offensichtlich stark reduziert. Sie schaffe es, maximal drei Termine pro Woche wahrzunehmen. Danach fühle sie sich erschöpft und brauche viele Erholungs- und Ruhephasen (S. 3). 4.8

Die Ärzte der Privatklinik Y. berichteten am 22. Juli 2015 (Urk. 6/203/5-6) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2. November 2014 bis 29. Januar 2015. Sie führten aus, dass die mehrwöchige engmaschige stationäre Behandlung nicht eine wirkliche Besserung der körperlichen und psychischen Beschwerden gebracht habe. Aufgrund der mehrwöchigen engmaschigen Beobachtungen lasse sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aussagen, dass die körperlichen und psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht vorgetäuscht seien oder aggravierenden Charakter gehabt hätten (S. 1). Seit ihrem Unfall im Jahre 2000 habe sich eine rezidivierende ängstlich-depressive Störung entwickelt mit multiplen Körperbeschwerden, die trotz intensiver Behandlungsversuche keine wirklich nachhaltige Besserung erfahren hätten. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht seit dem 30. Juni 2015 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). 4.9

Dr. med. L., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 24. August 2015 (Urk. 6/206) und führte aus, dass er die Beschwerdeführerin seit 2006 hausärztlich betreue. Die Ablehnung ihres Antrags um berufliche Reintegration habe sie in einen zusätzlich schlechteren Gesundheitszustand geführt. 4.10

RAD-Arzt med. pract. J. nahm am 28. Juni 2016 Stellung (Urk. 6/209/2-3) und führte aus, dass der Bericht des Hausarztes Dr. L. keinen neuen Gesundheitsschaden vortrage, sondern nur eine Verschlechterung durch die Ablehnung des Antrages. Ein anhaltender Gesundheitsschaden liege hier nicht vor. Ansonsten liege nur ein nicht-ärztlicher Bericht der Psychologin Sprecher vor. Sie wiederhole die früheren Schilderungen und weise auf innerfamiliäre Schwierigkeiten mit den Eltern, Schwiegermutter und dem Mann hin. Die Psychologin schildere ausgiebig die subjektive Sicht der Beschwerdeführerin. Es gebe weder eine objektive Angabe zu den Panikattacken, noch sei sie durch die Ängste vor öffentlichen Verkehrsmitteln an der wöchentlichen Therapie gehindert. Es fänden sich keine neuen medizinischen Fakten. Die Ärzte der Klinik Hohenegg würden erneut Stellung nehmen, obwohl sie die Beschwerdeführerin seit der Hospitalisation nicht mehr gesehen hätten. Der Abklärungsbericht schildere detailliert die häusliche Lage. Es fänden sich keine gravierenden Defizite. Das Funktionsniveau widerspreche der von der Psychologin postulierten mittelgradigen bis schweren Depression.

4.11

Lic. phil. H. ___ nahm am 16. Januar 2011 (richtig: 2017) Stellung (Urk. 14) und führte aus, dass der RAD Recht habe, indem die diagnostischen Hilfsmittel zur Beurteilung der depressiven Symptomatik und der Ängste alles gängige Fragebogeninstrumente gewesen seien, welche auf der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin beruht hätten. Als objektives Beurteilungsinstrument sei der Psychostatus nach AMDP zu betrachten (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe aufgrund ihrer jahrelangen therapeutischen Erfahrung gelernt, dass aktives Handeln im Sinne von Freizeitaktivitäten salutogenetisch bei Ängsten, Schmerzstörungen und Depressionen wirksam sei. Da die Beschwerdeführerin die Empfehlungen ernst nehme, habe sie sich eine Tagesstruktur zugelegt, die sie trotz Antriebsschwierigkeiten, Lustlosigkeit, Ängsten und Schmerzen zuverlässig verfolge. Beispielsweise gehe sie regelmässig Nordicwalken mittlerweile auch alleine da sie wisse, dass dies ihrer Gesundheit zuträglich sei. Bedeutsam sei, dass die Beschwerdeführerin die Freizeitaktivitäten ausübe, auch wenn sie eigentlich keinen Antrieb und keine Lust dazu habe. Insofern seien ihre Aktivitäten nicht als Ausdruck einer Lebensfreude oder verminderter Ängste oder Schmerzen zu verstehen, sondern ein kognitiv bewusster Ansatz, um auf reduziertem psychischem Niveau eine Verschlechterung zu verhindern (S. 2). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in psychiatrischer Hinsicht von keiner Invalidität der Erkrankung aus. 5.2

Eine psychisch bedingte Invalidität im Sinne des Gesetzes liegt nur dann vor, wenn ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen ist und es der betroffenen Person trotz Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, wegen ihrer Beschwerden nicht zuzumuten ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (BGE 130 V 352 f. E. 2.2.1, 131 V 49).

Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (vgl. vorstehend E. 1.3).

Weiter ist zu beachten, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt.

Vielmehr hat die rechtsanwendende Instanz die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit hin zu überprüfen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2-3.3). 5.3

Dr. A. ___ stellte in seinem Gutachten vom 18. Dezember 2010 (vgl. vorstehend E. 3.3) keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und hielt fest, dass es nicht mehr möglich sei, eine psychiatrische Störung mit entsprechenden objektivierbaren Befunden festzustellen. Der von ihm erhobene Befund zeigte keine Zeichen einer depressiven oder sonstigen psychiatrischen Erkrankung. Die Beschwerdeführerin sei gut in der Lage, ihren Lebensalltag und ihren Haushalt mit Hilfe des Ehemannes zu bestreiten. In Würdigung dieser Feststellungen erachtete Dr. Jensen die Beschwerdeführerin für alle körperlich leichteren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne besondere Belastung des Schultergürtels und nicht ausschliesslich sitzend

mit Flexionsstellung des Kopfes als voll arbeitsfähig. 5.4

Sämtliche seither ergangenen Berichte stammen von der behandelnden Psychologin lic. phil. H.____ (vgl. E. 4.2-4.3, E. 4.7, E. 4.11) oder den Fachpersonen der Klinik Y.____ (vgl. E. 4.4, E. 4.8), mit Ausnahme des Berichts vom August 2015, welcher vom Hausarzt Dr. L.____ erstattet wurde (vgl. E. 4.9). Dieser enthält jedoch weder detaillierte Angaben zum Gesundheitszustand noch Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und kann deshalb nicht berücksichtigt werden.

Die Berichte der Psychologin lic. phil. H.____ und der Fachpersonen der Klinik Y.____ enthalten zwar detailliertere Angaben über das Befinden und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, diese sind jedoch nicht nachvollziehbar begründet. So gingen die Fachpersonen der Klinik Y.____ im Juli 2015 immer noch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. E. 4.8), obwohl sie die Beschwerdeführerin seit dem stationären Aufenthalt von November 2014 bis Januar 2015 nicht mehr behandelt oder gesehen haben. Etwas Anderes geht aus dem Bericht jedenfalls nicht hervor.

Zu den Ausführungen der behandelnden Psychologin lic. phil. H.____ bleibt anzumerken, dass auf ihre Beurteilungen vorliegend nicht alleine abgestellt werden kann. Denn nach der Rechtsprechung ist der Gesundheitszustand und insbesondere die Arbeitsfähigkeit auf der Grundlage von medizinischen Stellungnahmen zu beurteilen (BGE 130 V 99 E. 3.2 mit Hinweisen). Überdies entbehrt die von ihr gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode (vgl. E. 4.7) jeder Nachvollziehbarkeit, zumal Patienten während einer schweren depressiven Episode gemäss ICD-10 Leitlinien nicht in der Lage sind, soziale und häusliche Aktivitäten fortzuführen. Lic. phil. H.____ bestätigt jedoch vorliegend mit ihren Ausführungen im Bericht vom Januar 2017 (vgl. E. 4.11) gerade das Gegenteil, wonach die Beschwerdeführerin trotz Lustlosigkeit und Antriebsarmut ihre Freizeitaktivitäten ausübe. Weiter wurden ihre Einschätzungen denn auch in nicht unwesentlichem Umfang auf psychosoziale Gründe zurückgeführt, was invalidenversicherungsrechtlich ebenfalls unbeachtlich bleiben muss.

Anlässlich der Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung (vgl. vorstehend E. 4.6) schilderte die Beschwerdeführerin einen weitgehend normalen Tagesablauf, woraus sich weder ein wesentlich eingeschränkter Antrieb noch ein vollständiger sozialer Rückzug erkennen lässt. Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesablauf, wonach sie morgens zwischen 7.30 und 8.00 Uhr aufsteht und den Tag nach dem Erwachen aktiv startet, lässt keine wesentlichen Einschränkungen erkennen. Es sind vielmehr erhebliche Ressourcen ersichtlich, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann. 5.5

Hinsichtlich der diagnostizierten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode gilt zudem das Folgende: 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 gescheiterter 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). 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). Vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass ein Rentenan spruch grundsätzlich nicht entstehen kann, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bewirkt werden kann, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2 mit Hinweis). 5.6

Vorliegend erscheinen die Behandlungsmöglichkeiten bei nach zwei Wochen abgebrochener tagesklinischer Behandlung (vgl. Ausführungen in E. 4.7, Urk. 6/198 S. 2), einmalig stattgehabter stationärer Behandlung (vgl. vorstehend E. 4.4 und E. 4.8) sowie Aufnahme von therapeutischen Einzelsitzungen bei der Psychologin (vgl. vorstehende E. 4.2 und E. 4.3), deren Frequenz allerdings unklar ist, nicht als ausgeschöpft. So wäre bei der von der Beschwerdeführerin angegebenen, seit Jahren anhaltenden psychischen Beeinträchtigung eine stationäre Therapie zumutbar sowie auch eine adäquate medikamentöse Behandlung in Betracht zu ziehen. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Beschwerdeführerin ihrer Schadenminderungspflicht (vgl. vorstehend E. 5.5) nicht genügend nachgekommen.

Aufgrund des Gesagten ist der Beschwerdegegnerin folgend davon auszugehen, dass das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten, weitere Abklärungen vorzunehmen. 5.7

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

E. 8

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind .

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art.

E. 13

und

21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art .

E. 16

Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsbereitung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit.

d).

Drohende Invalidität liegt gemäss Art. 1 novies

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich. 5.8

Wie bereits festgestellt wurde, liegt kein versicherungsrelevanter psychischer Gesundheitsschaden vor (vorstehend E. 5.6), weshalb auch keine bestehende Invalidität vorliegen kann und auch keine solche droht. Dementsprechend ist die Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen durch die Beschwerdegegnerin ebenfalls nicht zu beanstanden.

Die angefochtene Verfügung erweist sich daher als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzu setzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen. 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: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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