

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00402 vom 3. September 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00402](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00402)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00402 du 3 septembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00402 del 3 settembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1957, arbeitete ab 1998 als Pfarrhausangestellte. Anfang 2017 stellte ihr die Y.\_\_\_\_ eine Kündigung per Ende Juli 2017 infolge eines Pfarrwechsels in Aussicht. Letztlich erfolgte im Juni 2017 eine fristlose Kündigung (Urk. 6/2).

Mit Formular vom 24. Juni 2017 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, an (Urk. 6/4). Diese holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK; Urk.

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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. 1.2**

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. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum

Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Im Übrigen sind sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör beziehungsweise Beweisabnahme oder des Untersuchungsgrundsatzes (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4 und 8C\_753/2018 vom 4. Februar 2019 E. 7; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_701/2018 vom 28. Februar 2019 E. 4.1). 2.

Die Beschwerdegegnerin

zog in Erwägung, dass die Beschwerdeführerin gemäss den medizinischen Unterlagen von Januar bis April 2017 aus gesundheitlichen Gründen in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt gewesen, aber seit dem 29. April 2017 wie der voll arbeitsfähig sei (Urk. 2). Diese hielt indes dafür, die Fibromyalgie und Depression seien mit dem neurologischen Gutachten unzureichend abgeklärt. Unzutreffend sei etwa der Hinweis auf den fehlenden psychosozialen Konflikt, sei sie doch traurig wegen der Kündigung. Aus psychiatrischer Sicht

bestehe weiterhin eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit, was der RAD übersehen habe. Zudem sei bisher kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden. Auf den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden. Diese gehe fälschlicherweise von einer polydisziplinären Abklärung aus. Zudem fehle ein Verlaufsbericht. Damit bestünden erhebliche Zweifel an der RAD-Beurteilung (Urk. 1 S. 4-6). 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin

stand ab dem 30. Januar 2017 bei Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in Behandlung. Diese stellte

im Formularbericht vom 14. Juli 2017 folgende Diagnosen: (1) chronisches zervikovertebrales und rezidivierendes zervikoradikuläres Reizsyndrom

bei medialer Diskushernie C5/6 mit Kontakt zur Wurzel C6 links, Protrusion C4/5, erosive

Osteochondrose

C4-C6 und Atlantodentalarthrose, (2) chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Protrusionen L2/3, L3/4 und L4/5 sowie rechts betonter Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts, (3) chronisches Reizknie beidseits bei Femoropatellararthrose und Chondromalacia

patellae mit Bakerzyste

und (4) reaktive Depression (Urk. 6/14/1).

Dazu erläuterte sie, die Rückenschmerzen mit zervikaler Betonung und Ausstrahlungen in den linken Arm mit Dysästhesien im ganzen linken Bein

seien « in letzter Zeit » deutlich progredient. Nebenbei bestünden lumbosakrale Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein sowie Dysästhesien über dem Dermatom S1. Ferner bestünden seit Jahren rezidivierende Knieschmerzen mit Schwellungsneigung und deutlichem retropatellarem Reiben beidseits mit Patellarverschiebeschmerz, aktuell rechts aktiviert mit palpabler und rupturierter

Bakerzyste sowie subpatellärem Erguss. Hinzu käme eine deutliche Schonskoliose der Wirbelsäule mit stark eingeschränkter Beweglichkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule in alle Richtungen um zwei Drittel. Das Adson-Manöver sei links positiv, ebenso das Lasègue-Zeichen rechts bei 50°. Über den Dermatomen C6 links und S1 rechts bestehe eine Hyposensibilität.

Die Medikation umfasse Calcimagon 500 D3, Dafalgan, Irfen und Pantozol (Urk. 6/14/2).

Dr. A.\_\_\_\_

bescheinigte der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (ab Behandlungsbeginn) noch bis zum 21. Juli 2017. Eine angepasste Tätigkeit erachtete sie als uneingeschränkt

zumutbar. Im Belastungsprofil gab sie keine Einschränkungen in sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeiten an. Als unzumutbar beurteilte sie rein stehende oder vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten sowie Arbeiten, die verbunden sind mit Bücken, Kauern, Knie, Rotation, Heben/Tragen von Gewichten, Besteigen von Leitern/Gerüsten, Treppensteigen oder Über-Kopf-Arbeiten. Ferner postulierte sie eine verminderte Belastbarkeit, stellte hingegen beim Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie der Anpassungsfähigkeit keine Einschränkungen fest (Urk. 6/14/3-5). 3.2

Zu ergänzen ist, dass Dr. A.\_\_\_\_ im Bericht

vom 6. Februar 2017 zusätzlich zu den obgenannten Diagnosen ein chronisches Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert und erklärt hatte, seit der Erstdiagnose vor acht Jahren leide die Beschwerdeführerin an generalisierten Schmerzen, vor allem mit Betonung der Extremitäten. Diese hätten medikamentös kaum beeinflusst werden können. Im Übrigen

wurden in jenem Bericht ein unauffälliger neurologischer Status und eine Bewegungseinschränkung der Hals- und Lendenwirbelsäule von nur einem Drittel konstatiert .

Unter Berücksichtigung der MRI-Bilder der Wirbelsäule vom Februar 2017

war Dr. A. \_\_\_ damals

zum Schluss gelangt , es handle sich um ein chronisches zervikoradikuläres Reizsyndrom mit Wurzelbeteiligung C6 links bei radiologisch verifizierter Diskushernie C5/6, welche die Beschwerden « hinreichend » erkläre. Nebenbei bestünden chronifizierte Schmerzen lumbosakral mit aktuell « diskreten »

radikulären Reizsymptomen S1 rechts bei einer Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts. Sie empfahl eine konsequente Physiotherapie zur Mobilisation und Kräftigung der paravertebralen Muskulatur und eine gewisse Rückendisziplin bei der Arbeit ( Urk. 6/25/18 f.).

Im

kurzen Formularbericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung , datiert vom 16. März 2017, hatte sie zudem

als einzigen Befund eine rezidivierende Blockierung der Lendenwirbelsäule angegeben und eine Wiederaufnahme der Arbeit innerhalb von vier Monaten prognostiziert ( Urk. 6/41). 3 .3

Der von der Krankentaggeldversicherung beigezogene Facharzt für Neurologie, Dr. med. B. \_\_\_ , schlussfolgerte

nach eigener Untersuchung ( Urk. 6/25/28 ff.) in der «Neurologischen Second Opinion» vom 28. April 2017, es bestehe kein Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Schädigung des zentralen und peripheren Nervensystems, der Wirbelsäule oder der paravertebralen Strukturen (Urk. 6/25/31) . Der Bericht wurde vom Neurologen und medizinischen Leiter der C. \_\_\_ , Prof. Dr. med. D. \_\_\_ , «aufgrund eigener Prüfung und Urteilsbildung» mitunterzeichnet ( Urk. 6/25/35) .

Dr. B. \_\_\_

erörterte , der neurologische Befund sei ohne namhafte Auffälligkeiten . Die Beweglichkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule sei uneingeschränkt. Zudem lasse sich kein radikulärer Schmerz zervikal auslösen. Das Zeichen nach Lasègue

sowie das Tinel -Zeichen am Retinaculum

flexorum

manus und im Sulcus

ulnaris seien beidseitig negativ . Für die disseminiert am ganzen Körper angegebenen Druckschmerzen finde sich kein schlüssiges Korrelat. Es falle auf, dass die Bewegungsabläufe in der formalen Untersuchungssituation deutlich langsamer seien , als die spontanen Bewegungen ausserhalb . Das MRI der Kniegelenke vom September 2016 beschreibe degenerative Veränderungen der Menisken und eine beginnende Femorotibialarthrose

mit leichter Chondromalazie . Eine akut behandlungsbedürftige Pathologie ergebe sich angesichts des

klinischen Befundes (regelrechte Beweglichkeit, keine Schwellung oder Überwärmung) jedoch nicht.

Die

gesichteten MRI-Bilder vom Februar 2017

zeigten zervikal wie lumbal degenerative Veränderungen, die nicht namhaft über das Altersmass hinausgehen würden. In Höhe C5/6 zeigte sich eine leicht linksbetonte Protrusion, ein sicherer Bandscheibenprolaps mit Wurzelkompression stellte sich aber nicht dar. Derartige Bildbefunde seien auch in einer Normalpopulation hoch prävalent und somit ohne eigenständigen Krankheitswert. Im klinischen Befund ergäben sich keine Hinweise auf ein zervikales oder lumbales Wurzelkompressionssyndrom.

Die Anamnese mit nächtlich und linksbetonten Kribbelparästhesien der Arme lasse differenzialdiagnostisch an ein Karpaltunnelsyndrom denken, wenngleich die geschilderten Beschwerden nicht in allen Belangen typisch seien. So sei das Tinel-Zeichen beidseitig negativ und es fände sich keine Daumenabduktionsparese, Thenaratrophy oder Sensibilitätsstörung im autonomen Versorgungsgebiet der Nervi mediani. Nach klinischen Kriterien sei also allenfalls ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom

ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit denkbar, das zudem aussichtsreich therapierbar sei. Die berichteten Cephalgien

entsprechen am ehesten einem Spannungskopfschmerz.

Es bestehe kein Anhalt, dass diese behinderungsrelevant seien. Die

aktendokumentierte diagnostizierte Fibromyalgie

sei den somatoformen Schmerzstörungen gleichgestellt. Die entsprechenden

ICD-10-Kriterien seien

nicht erfüllt. So sei anamnestisch kein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher seelischer oder psychosozialer Konflikt herauszuarbeiten. Auch wirke die Beschwerdeführerin in und vor allem ausserhalb der formalen Untersuchungssituation nicht namhaft schmerzgeplagt (Urk. 6/25 / 31-33).

Am Rande

skizzierte Dr. B. \_\_\_\_

auch die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin. Diese klagte über Ein- und Durchschlafstörungen. Dabei habe sie insbesondere nachts gelegentlich Muskelkrämpfe in der Wade und im Fuss. Sie sei zudem traurig wegen der Arbeitssituation und habe wenig Appetit. In der bis 1992 dauernden Ehe sei sie misshandelt worden (Urk. 6/25/24).  
Objektiv konnte

Dr. B. \_\_\_\_ keine psychischen Auffälligkeiten feststellen – abgesehen von einer teilweise weitschweifigen Beantwortung der Fragen (Urk. 6/25/30). 3.4

Am 31. August und 14. September 2017 suchte die Beschwerdeführerin Dr. med. Z. \_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, auf. Diese stützte ihre Beurteilung auf eigene klinische Befunde (Urk. 6/34/16), nicht näher erörterte unauffällige Laborwerte (Urk. 6/34/16) und die erwähnten Bilddokumente vom September 2016 und Februar 2017 (Urk. 6/34/17). Ferner lag ihr offenbar eine

neurologische Evaluation vom 27. Juni 2017

von Dr. E.\_\_\_\_

vor . Gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ konnte Dr. E.\_\_\_\_

keine Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen Wurzel finden und erachtete einen Spannungskopfschmerz als wahrscheinlich . Eine Medianusn eu ro graphie erwies sich als normal ( Urk. 6/34/17) . Es verwundert daher nicht , dass Dr. Z.\_\_\_\_

dieselben Diagnosen wie Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ stellt e . Dabei betonte sie eine muskuläre Dysbalance und Insuffizienz

( Urk. 6/ 34/15 ).

Dr. Z.\_\_\_\_

erläuterte , die Beschwerdeführer in

habe sich für eine Zweitmei nung a ngemeldet, da sie aufgrund einer exazerbierten Schmerzsituation basie rend auf einer Fibromyalgie arbeitsunfähig sei und insbesondere eine Problematik im Versicherungswesen aufweise. Trotz der polydisziplinären Abklärung der Krankentaggel dversicherung erachte sie sich als nicht arbeitsfähig. Erschwerend komme hinzu, dass die Kräutertherapiemischung (ergänzend zur TCM - respektive Akkupunktur-Behandlung , vgl. Urk. 6/34/15)

nicht in der optimalen Zusammen setzung lieferbar gewesen sei (vgl. Urk. 6 /25/20) . Die s habe sich in einer Schmer z akzentuierung geäussert . Nachdem die Komponenten wieder verfügbar gewesen seien, sei es ihr in der Verlaufskontrolle bereits etwas besser

gegangen . Sie klage aber weiter h in über Ganzkörperschmerzen, eine generelle Schwäche und Kraft losigkeit. Der Grund der rheumatologischen Kontrolle sei nicht ganz klar . E s werde eine Zusammenarbeit mit dem Psychiater/der Psychologin gewünscht. Basierend auf den klinischen Befunden sei jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu postulieren, insbesondere seien keine neurologischen Defizite zu erheben gewesen. Die Arbeitsfähigkeit müsse aus psychiatrischer Sicht defi niert werden

( Urk. 6/34/17).

Aus der Anamnese sei erwähnt, dass Dr. Z.\_\_\_\_ einen erfolglosen, nicht tolerierten Einsatz von Opiaten im Januar 2017 sowie eine aktuelle Schmerzmedi kation mit 1 g Dafalgan bedarfsweise beschrieb. Zudem wies sie darauf hin, dass d ie Taggeldversicherung i hre Zahlungen eingestellt habe , was unter anderem eine Kränkung sei, weshalb e ine psychiatrisch/psychologische Mitbetreuung bestehe ( Urk. 6/34/16). 3. 5

Der Formularbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psycho therapie, und G.\_\_\_\_ , Psychologin FSP , ging am 6. November 2017 bei der Beschwerdegegnerin ein . Danach nimmt die Beschwerdeführerin aufgrund einer seit Herbst 2016 bestehenden reaktiven Depression (ICD-10 F32.0) seit dem 17. Mai 2017 eine psychiatrische Behandlung wahr ( Urk. 6/19/1).

Nachdem vor Jahren eine Fibromyalgie diagnostiziert worden sei, hätten sich verschiedene Therapieansätze als weitestgehend erfolglos erwiesen – mit Aus nahme einer TCM-Behandlung. Infolgedessen habe die Beschwerdeführerin eine leichte Depression entwickelt. Als Befunde seien Kraftlosigkeit, Konzentrations- und

Aufmerksamkeitsstörung, Erschöpftheit, Schlafprobleme, vermehrte Ablenkbarkeit, Geräuschempfindlichkeit, sozialer Rückzug und Suizidgedanken zu nennen. Die Beschwerdeführerin erscheine wöchentlich zur Gesprächstherapie. Eine medikamentöse Therapie sei ihr nahegelegt worden. Aktuell nehme sie Trittico ein. Man empfehle ein Antidepressivum (Urk. 6/19/2).

Die beiden Behandlungspersonen attestierten der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 31. Januar bis 30. September 2017. Ab 1. Oktober 2017 sei diese zu 50 % arbeitsfähig. Die verminderte Leistungsfähigkeit gründe in der Fibromyalgie und einer leichten Depression. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu rechnen, da die Beschwerdeführerin bereits alles versuche. Beim Belastungsprofil wurde mitunter angegeben, das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit seien mittelgradig eingeschränkt. Für eine halbe bis eine Stunde zumutbar seien rein sitzende oder stehende Tätigkeiten. Vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten seien während zwei Stunden zumutbar. Die Beschwerdeführerin könne 2 bis 3 kg heben/tragen und Treppensteigen (Urk. 6/19/2-5). 3.6

Es ist zu ergänzen, dass Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Juli 2017 zuhanden der Krankentaggeldversicherung noch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert hatte. Die Anpassungsfähigkeit hatte er damals nicht als beeinträchtigt beurteilt und auf Arbeitsplatzprobleme als krankheitsfremden Faktor hingewiesen. Bei den relevanten anamnestischen Angaben erwähnt er ebenfalls, dass die Beschwerdeführerin eine Kündigung erhalten habe und sich zudem inkompetent behandelt fühle (Urk. 6/25/15-17). 4. 4.1

Zusammenfassend sah Dr. A.\_\_\_\_ nach einer Behandlungsdauer von rund sechs Monaten und umfassenden Abklärungen in Kenntnis des einst diagnostizierten Fibromyalgiesyndroms also keinen Anlass, der Beschwerdeführerin weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit als Haushälterin zu attestieren, obschon diese über progrediente Rückenschmerzen klagte. Sie wies schon kurz nach Behandlungsbeginn auf ein organisches Korrelat der geklagten Beschwerden hin und erwähnte das Fibromyalgiesyndrom im letzten Bericht gar nicht mehr. Sie empfahl vielmehr eine konsequente Mobilisation und Kräftigung der Rückenmuskulatur, wobei sie auch stets klarstellte, dass sich aus ihrer Sicht keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen lasse. Im Rahmen der letzten Anfrage der Beschwerdeführerin schrieb sie die Beschwerdeführerin wohlwollend noch eine letzte Woche arbeitsfähig. Als zu keiner Zeit eingeschränkt beurteilte sie zudem die Arbeitsfähigkeit in einer den objektiven somatischen Befunden angepassten Tätigkeit. 4. 2

Soweit die Beschwerdeführerin die Fachkenntnisse von Dr. A.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms anzweifelte, ist festzustellen, dass deren Einschätzung von der Rheumatologin Dr. Z.\_\_\_\_ vollumfänglich geteilt wird. Im Vordergrund steht dabei entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin die Tatsache, dass Dr. Z.\_\_\_\_ die fragliche Diagnose kannte und aufgrund einer breiten Befundlage eine eigene Beurteilung abgab.

Inwiefern der Hinweis auf die vermeintlich polydisziplinäre Abklärung durch die Krankentaggeldversicherung die Beweiskraft deren Berichte schmälern soll, ist nicht ersichtlich. Ebenso wenig sind Gründe erkennbar, welche bei attestierter voller Arbeitsfähigkeit und festgestellter Besserungstendenz (mit massiver Reduktion der Schmerzmedikation)

einen Verlaufsbericht notwendig gemacht hätten .

Im Übrigen wurde die Therapieempfehlung von Dr. A.\_\_\_\_ offenbar ungenügend umgesetzt , so dass die muskuläre Dysbalance und Insuffizienz

bei Dr. Z.\_\_\_\_ gar Eingang in die Diagnosen fand. 4.3

Beizupflichten ist der Beschwerdeführerin, dass die Befunderhebung und medizinische Folgenabschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ teilweise ausserhalb seines Fachgebiets erfolgte und diesbezüglich nicht beweiskräftig ist. Zumindest aber ergeben sich daraus keine Aspekte, die im Widerspruch zu den Einschätzungen von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_

stehen respektive Zweifel daran wecken würden. Die von Dr. B.\_\_\_\_ beobachtete demonstrative Darstellung der Beschwerden lässt vielmehr zusätzlich am von der Beschwerdeführerin geklagten Ausmass ihrer Schmerzen zweifeln.

Der von ihm konstatierte unauffällige neurologische Status wurde schliesslich von allen Ärzten

bestätigt , soweit sie sich dazu äusser ten . 4.4

Es bleibt anzu fügen , dass es sich letztlich um eine nicht weiter substantiierte Behauptung der Beschwerdeführerin handelt, dass bei ihr vor einigen Jahren

ein

Fibromyalgie syndrom diagnostiziert worden sei . Sie konnte dies durch keine medizinischen Unterlagen belegen , wurde die Diagnose in den vorliegenden medizinischen Unterlagen doch augenscheinlich aufgrund ihrer Angaben in der Anamnese und nicht aufgrund von Vorakten

übernommen oder gar begründet .

Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes gilt es zwar die geklagten Beschwerden abzuklären, was indes nicht bedeutet, dass alle erdenklichen oder einst ohne Begründung gestellten (Verdachts-)Diagnosen zu widerlegen sind. Dies haben Dr. A.\_\_\_\_ , Dr. B.\_\_\_\_ , Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ getan, indem sie die geklagten Beschwerden unter verschiedenen Blickwinkeln prüften.

Ohnehin besteht zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1

mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 6.4).

Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (Urteil des Bundesgerichts 9C\_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 3.2.1; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4). Es ist deshalb zu betonen, dass der Beschwerdeführerin in sämtlichen ( von ihr vorgelegten und von der Beschwerdegegnerin eingeholten )

Berichten eine volle Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht attestiert wurde . 4.5

Zur aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von noch 50 %

ab 1. Oktober 2017 ist festzustellen , dass die Beschwerdeführerin erstmals einen Psychiater aufsuchte, nachdem ihr die Krankentaggeldversicherung mit Schreiben vom 10. Mai 2017

die Einstellung der Leistungen per 17. Mai 2017 mitgeteilt hatte (Urk. 6/25/3). Dr. Z.\_\_\_\_ erwähnte, dass dieser Umstand von der Beschwerdeführerin als Kränkung empfunden und diese deshalb psychiatrisch/psychologisch

mitbetroffen werde.

Dr. F.\_\_\_\_

rückte zunächst die Kündigung beziehungsweise Probleme am Arbeitsplatz in den Vordergrund, erst im späteren Bericht stellte er

den Zusammenhang zwischen der depressiven Entwicklung und einer Schmerzexazerbation seit September 2016 her. Allerdings hat die Beschwerdeführerin in

soweit ersichtlich bis Ende Januar 2017 gearbeitet und die vorhandenen zeitlichen medizinischen Unterlagen geben keine Hinweise auf eine relevante psychische Beeinträchtigung bis Ende April 2017. Jedenfalls diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_

schließlich nachvollziehbar eine « reaktive » Depression, welche er zuletzt noch als « leicht »

qualifizierte. Eine somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden zog er

nicht in Betracht. Allerdings erachtete er offenbar die Diagnose eines

Fibromyalgiesyndroms

als erste. In diesem Kontext berücksichtigte er bei seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung Schmerzen im ganzen Körper und formulierte eine zurückhaltende Prognose (Urk. 6/19/2 f.).

Hervorzuheben ist,

dass sich der physische und psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin innerhalb weniger Monate nach Beginn der psychiatrischen Behandlung deutlich besserte. Dazu dürfte nicht nur die Gesprächstherapie, sondern auch die fristlose Kündigung (keine Ermahnungen zur Arbeitspflicht mehr, vgl. Urk. 6/2/2-3) und die erneute Verfügbarkeit der Therapeuten beigetragen haben. Die Besserung trat zudem ein, obschon die Beschwerdeführerin die Einnahme eines Antidepressivums

ablehnte und nur ein beruhigendes Medikament (in tiefer Dosis) einnahm. Dies spricht einerseits für eine gute Therapierbarkeit der Beschwerden und lässt andererseits an einem massgeblichen Leidensdruck zweifeln.

4.6

Insgesamt kann damit

einer aus psychischer oder auch psychosomatischer Sicht attestierten mehr als geringfügigen Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des Rechtsanwenders nicht gefolgt werden.

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich auch sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es –

unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 4.7

Die erste Kategorie « funktioneller Schweregrad » umfasst die Komplexe « Gesundheitsschädigung », « Persönlichkeit » und « sozialer Kontext » (BGE 141 V 281 E. 4.3). Hinsichtlich der leichten Depression ist auf den diagnoseinhärenten Schweregrad und die schnelle Besserung im Rahmen der Gesprächstherapie hinzuweisen. Bezüglich einer scheinbar allfälligen, bisher nicht fachärztlich fundiert diagnostizierten

Fibromyalgie-Syndroms ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin dennoch viele Jahre Vollzeit arbeiten konnte, die Schmerzzunahme in jüngster Zeit augenscheinlich mit einem Lieferengpass von Therapeutinnen zusammenhängt und bereits vor Mitte September 2017 wieder eine Besserung

und folglich eine Reduktion der Schmerzmedikation eintrat. Die geklagten Beschwerden sind zudem mitunter einem somatischen Korrelat, einschliesslich einer untrainierten Muskulatur, und einer demonstrativen Beschwerdedarstellung zuzuschreiben. Es besteht also kein Anhaltspunkt für eine schwere Ausprägung. Die leichte Depression wie auch die somatischen Befunde stellen ferner keine relevanten Komorbiditäten zum Fibromyalgiesyndrom dar. Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen werden von Dr. F. \_\_\_ nicht thematisiert. Solche sind auch anhand der Erwerbsbiographie (Urk. 6/11) nicht auszumachen. Zudem ist das soziale Beziehungsnetz der Beschwerdeführerin inner- und ausserhalb der Familie

als ungestört zu bewerten. Es kann hierzu bei seit Anfang 2017 bestehender Arbeitsplatzproblematik auf ihre Schilderung im April 2017 – also kurz vor Beginn der Behandlung der mittelgradigen depressiven Episode im Mai 2017 – verwiesen werden (Urk. 6/25/25 Sozialanamnese).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung im Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen andererseits gleich ausgeprägt ist (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Das soziale Umfeld der Beschwerdeführerin stellt in diesem Zusammenhang eine Ressource dar. So wird sie von ihrem Lebenspartner im Haushalt und von ihrer Nachbarin bei der Gartenarbeit unterstützt (Urk. 6/25/25). Zwar konnte sie über keine Hobbies und Freizeitaktivitäten berichten, indessen ist dies nicht Folge der gesundheitlichen Probleme. Bereits vor deren

Auftreten verhielt es sich so . Insbesondere zu beachten ist bei diesem Indikator schliesslich , dass soziale Belastungen , soweit diese direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert bleiben ( BGE 141 V 281 E 4.3.3). Der ganze bisherige Krankheitsverlauf, die diversen Hinweise auf psychosoziale Faktoren in den Arztberichten, die von Dr. F.\_\_\_\_

gestellte Diagnose «reaktive» Depression sowie die Verneinung einer mehr als kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit durch die anderen Fachärzte

führen letztlich zum Schluss, dass die im Jahr 2017

attestierten Arbeitsunfähigkeiten

überwiegend wahrscheinlich allein in den schwierigen psychosozialen Umständen gegründet sind . Es kommt hinzu, dass konkret vorgeschlagene , durchaus übliche therapeutische Optionen

bis anhin generell nicht ausgeschöpft wurden (kein Antidepressivum, kein Muskelaufbau ) und die psychiatrische Behandlung erst zeitnah zur Leistungseinstellung der Krankentaggeldversicherung und Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung erfolgte (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 4.4.2 , Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 4.8

Demnach lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 , das heisst konkret unter Berücksichtigung der sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite von Dr. F.\_\_\_\_ s medizinischer Einschätzung, keine Arbeitsunfähigkeit von relevantem Ausmass als Haushälterin bestätigen .

Die Therapierbarkeit ist gemäss aktueller Rechtsprechung als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1). Die akute Belastungssituation im ersten Halbjahr 2017 (mit ausschliesslich Erstkonsultationen bei verschiedenen Fachärzten) zusammen mit der raschen gesundheitlichen Besserung im Herbst 2017 – ohne die üblichen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft zu haben oder im Hinblick auf die Restbeschwerden ausschöpfen zu wollen – sprechen klar gegen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne des IVG. 5.

Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten nicht zum Anlass für weitere Abklärungen nahm, sondern einen Rentenanspruch verneinte. Keine eigenständige Bedeutung kommt hierbei der

RAD-Stellungnahme vom 8. Januar 2018 zu ( Urk. 6/31/4 f.) . Aus somatischer Sicht wurde selbst von den behandelnden Fachärzten keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt . Eine bei Erlass der angefochtenen Verfügung noch bestehende psychisch/psychosomatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ist zwar

nicht gänzlich auszuschliessen, jedoch ist ihr die sozialversicherungsrechtliche Relevanz nach Prüfung der Standardindikatoren abzusprechen . Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden

Beschwerdeführerin aufzuerlegen . 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: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Bonetti

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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