

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00918 vom 9. April 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00918](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00918)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00918 du 9 avril 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00918 del 9 aprile 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

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 An spruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versi cherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tat sächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie be i einem Revi sionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE

117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

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, 262 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht da hingehend 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 darlegt. 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, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

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. 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 mit Hinweisen);

vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Aus ärztlicher Sicht habe keine Veränderung des körperlichen Zustandes festgestellt werden können und es liege kein neuer medizinischer Sachverhalt vor. Psychiatrisch bestünden bereits bekannte Diagnosen. Vorübergehende depressive Verschlechterungen seien bei einer depressiven Störung die Regel. Von einer dauerhaften Verschlechterung, was für die Rentenleistung von oberster Relevanz sei, sei gegenwärtig nicht auszugehen. Gemäss dem von der Taggeldversicherung eingeholten Gutachten könne gegenwärtig noch nicht von einem Scheitern der ambulanten Behandlung oder gar von Chronizität der depressiven Episode gesprochen werden. Nach der empfohlenen Anpassung der medikamentösen Behandlung sei ab Dezember 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt aus

geübten Tätigkeit auszugehen. Eine Verschlechterung lasse sich nicht ableiten (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), das psychiatrisch-neurologische Gutachten belege klar, dass sie in der angestammten Tätigkeit nicht mehr und in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % , mit einem zusätzlich reduzierten Rendement von 20 % , mithin zu 50 % arbeitsfähig sei. Weiter halte der Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin bei der beruflichen Wiedereingliederung in eine optimal angepasste Tätigkeit entsprechende Unterstützung von der Beschwerdegegnerin benötige (S. 5 Ziff. 7). Im Vergleich dazu hätten im Jahr 2016 keine psychiatrischen Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen, und es habe eine somatische Einschränkung von 10 % in der angestammten Tätigkeit vorgelegen (S. 7 Ziff.

#### **E. 6**

/256 ). Die dagegen am 31. Oktober 2016 erhobene Beschwerde (Urk. 6/263/3-27) wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 13. April 201

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 12**

und 13). Seither seien die Befunde aus näher dargelegten Gründen teilweise unverändert, aber stärker ausgeprägt (S. 9 Ziff.

#### **E. 16**

und S. 10 ff.). Eine Veränderung sei glaubhaft gemacht worden. Da man sich jederzeit für berufliche Massnahmen anmelden könne, ohne eine Veränderung glaubhaft machen zu müssen, sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, auf das diesbezügliche Gesuch einzutreten (S. 23 ff.). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts

glaubhaft gemacht hat und die Beschwerdegegnerin dem entsprechend auf das neue Leistungsgesuch einzutreten hat. Berufliche Massnahmen bilden mangels entsprechender Verfügung nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, weshalb auf den diesbezüglichen Antrag der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) nicht einzutreten ist.

#### **3. 3.1**

Hinsichtlich der Aktenlage, die der anspruchsverneinenden Verfügung vom 30. September 2016 (Urk. 6/256) zugrunde lag, kann auf die Darstellung im Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. April 2018 im Verfahren Nr. IV.2016.01203 (Urk. 6/284) verwiesen werden. Darin wurde dem Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Februar 2015 (Urk. 6/101/1-21), und dem polydisziplinären Gutachten der Neurologie B.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016 (Urk. 6/193) Beweiswert beigemessen, weshalb diese Berichte nachfolgend wiedergegeben werden. 3.2

Dr. A.\_\_\_\_ erstattete am 6. Februar 2015 unter Berücksichtigung der Akten und nach Untersuchung der Beschwerdeführerin ein Gutachten zuhanden der Taggeldversicherung (Urk. 6/101/1-21). Er nannte folgende Diagnosen (S. 17): - Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen - Ärger, Anspannung, Depression, Sorgen u.a. (ICD-10 F43.23) mit und bei - Status nach Arbeitsplatzkonflikt - prädisponierenden Persönlichkeitszügen - Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0) mit und bei - multiplen psycho-sozialen Belastungsfaktoren - Störung durch Hypnotika und Benzodiazepine, schädlicher Gebrauch/Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.1) Es lägen folgende psychosoziale Gründe vor, die in unterschiedlicher Weise und in unterschiedlichem Ausmass das Krankheitsgeschehen und den Krankheitsverlauf beeinflussten: Arbeitsplatzverlust, psychische Erkrankung der Tochter, fehlendes soziales Umfeld, Existenzsorgen (S. 19). Die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 6/50; Urk. 6/52, Urk. 6/72/8-10; Urk. 6/84/3-5) wiesen einige Ungereimtheiten auf. Auffällig sei, dass zweimal eine plötzliche schwere depressive Episode nach jeweils erfolgter Kündigung eingetreten sei und die Wiedergenesung zeitnah mit dem Finden einer neuen Stelle gestanden habe. Auch die multiplen psycho-sozialen Einfluss- und Stressfaktoren – alleinerziehende Mutter einer psychisch kranken Tochter bei 100%iger Berufstätigkeit in einer Kaderposition, Vorgesichte bei Y.\_\_\_\_, Weiterbildung auf universitärem Niveau, stattgehabter Hausbau - auf das Krankheitsgeschehen würden in den Berichten von Dr. C.\_\_\_\_ kaum berücksichtigt (S. 15 unten f.). Dies heisse nicht, dass bei der Versicherten nach der erfolgten Kündigung nicht auch ein depressives Erleben vorhanden gewesen sei. Die Einordnung als Anpassungsstörung sei allerdings zunächst ausreichend. Während der Untersuchung selbst hätten jedoch psychopathologisch die Beeinträchtigung der Wachheit, der Konzentration und des formalen Gedankengangs im Vordergrund gestanden. Dies sei am ehesten auf den Gebrauch von Benzodiazepinen und Hypnotika zurückzuführen (S. 16). Versicherungspsychiatrisch problematisch sei, dass von der Beschwerdeführerin nahezu ausschliesslich Selbstangaben zu den Beschwerden und dem Aktivitätsniveau vorlägen, die zudem teilweise widersprüchlich seien. So wäre bei einer schweren depressiven Episode eine Reise nach Portugal nicht möglich, auch das Führen eines Kraftfahrzeuges sei bei den angegebenen Orientierungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei erhöhter Müdigkeit zu hinterfragen, das gleiche gelte für die Stellensuche via Headhunter. Angesichts der Schwere der genannten Diagnose wäre eher eine stationär-psychiatrische Behandlung als ein Rehabilitationsaufenthalt zur Linderung von Rückenbeschwerden (vgl. Urk. 7/84/10) zu erwarten gewesen. Gänzlich weit hergeholt sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung; weder seien ein entsprechendes Trauma - eine Kündigung genüge nicht - noch die entsprechenden psychopathologischen Befunde ausgewiesen (S. 16). Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei nicht zu plausibilisieren. Medizinisch-theoretisch könne spätestens per 1. März 2015 in der bisherigen Tätigkeit als HR-Managerin eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Der Benzodiazepin- und Hypnotikakonsum spreche nicht dagegen, zumal die Beschwerdeführerin anscheinend auch in der Vergangenheit trotz Konsum eine Arbeitsleistung von 100 % während Jahren habe erbringen können. Eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit August 2013 sei versicherungspsychiatrisch nicht plausibel (S. 20). 3.3

Die Ärzte der Neurologie B.\_\_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 3. Februar 2016 unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer

internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung (Urk. 6/193) und stellten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 53): - Funktionseinschränkung der Wirbelsäule bei ausgeprägter Kyphoskoliose Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 53): - rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4) - postoperative thorakale Syringebildung mit Reflexsteigerung an den unteren Extremitäten - minimale sensorisch-motorische radikuläre Symptomatik L5 rechts bei degenerativer Foramina stenose L5/S1 rechts - Hallux valgus beidseits - arterielle Hypertonie - Übergewicht - atopische Diathese mit trockenen Augen und Lidkzem Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Begutachtung mitgeteilt, sie beurteile ihre Chancen, erneut eine Führungsposition im Personalwesen eines grossen Unternehmens bekleiden zu können, skeptisch, dies aufgrund der allgemein hohen Anforderungen insbesondere hinsichtlich der Stressresistenz und Fähigkeit zum Multitasking (S. 8 Ziff. 2.8). Ihre Psyche sei derzeit einigermaßen stabil (S. 9 Ziff. 2.12). Die letzte Tätigkeit bei der Z. \_\_\_ sei mit viel Reisetätigkeit verbunden gewesen. Mit ihren jetzigen Beschwerden könne sie sich gar keine berufliche Tätigkeit vorstellen, sie hoffe jedoch auf Besserung, um irgendwann wieder mit einem kleinen Pensum beginnend zu arbeiten (S. 16 Ziff. 7.7-2.8). Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Teilgutachten aus, es bestehe eine beidseitige Reflexsteigerung an den Beinen, welche für eine Schädigung der langen Rückenmarksbahnen im Rahmen der postoperativen thorakalen Syringebildung spreche. Zusätzlich bestehe eine radikuläre Symptomatik mit incompletter L5-Symptomatik rechts, welche die leichte Fuss- und Zehenheberparese und die begleitenden Sensibilitätsstörungen (derzeit ohne akute Wurzelkompressionssymptomatik) erkläre. Ursächlich sei diesbezüglich die bildgebend im April 2015 dargestellte Foramina stenose L5/S1 heranzuziehen. Im damaligen Befund sei bereits eine mögliche Irritation der Wurzel L5 rechts beschrieben worden. Die Schmerzen seien dadurch erklärbar, sollten jedoch medikamentös ausreichend beherrschbar sein. Die Ausfallsymptomatik sei ausgesprochen bland. So sei das Gangbild flüssig, sicher und hinkfrei. Die Beschwerdeführerin könne sogar ohne Angaben von Schmerzen auf einem Bein hüpfen und es bestünden auch keine akuten Wurzelkompressionen im klinischen Neurostatus (S. 20-21 Ziff. 5). Die letzte Tätigkeit im Personal-Management mit gewissen Freiheiten in der Zeiteinteilung und im Körperpositionswechsel entspreche im Wesentlichen bereits einer angepassten, rücken gerechten Tätigkeit, so dass keine Arbeitsunfähigkeit aus neurologischen Gründen attestiert werden könne (S. 21 Ziff. 6.1). Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Teilgutachten fest, anlässlich der Untersuchung sei der kyphoskoliosebedingte verkürzte Rumpf der Beschwerdeführerin aufgefallen. Es liege ein erheblicher Kyphoseknick am Brust-Lendenübergang vor. Dieser sei entsprechend den am Untersuchungstag vorgelegten Röntgenbildern knöchern versteift, so dass eine Progredienz diesbezüglich nicht mehr zu erwarten sei. Die Kyphoskoliose sei weitestgehend fixiert; die noch mögliche Mobilität der Wirbelsäule finde im mittleren und oberen Brust- und Halswirbelsäulenbereich sowie im unteren Lendenwirbelsäulenbereich statt. Naturgemäss sei das Seitneigen und Rotieren des Rumpfes als Ganzes erheblich eingeschränkt. Eine typische vertebrale Nervenwurzelreizsymptomatik sei am Untersuchungstag bis auf die Sensibilitätsminderung am rechten Fussaussenrand nicht feststellbar gewesen. Es liege allenfalls eine minimale Fussheberschwäche rechts vor, wobei der Beschwerdeführerin jedoch der Zehenspitzen- und Fersengang problemlos möglich seien (S. 31 f.). Zeitweise trete bei längerem Sitzen

eine ausstrahlende Schmerzsymptomatik ins rechte Gesäss auf. Unzumutbar seien Tätigkeiten mit häufigem schweren Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Tätigkeiten mit Zwangshaltung für die Wirbelsäule und Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, ebenso Tätigkeiten mit ununterbrochenem Sitzen (S. 32). Die bisherigen vielfältigen Arbeitsunfähigkeitszeiten seien fast ausschliesslich auf eine depressive Symptomatik zu rückzuführen gewesen (S. 33). Zur bisherigen beruflichen Tätigkeit befragt, habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass es ihr durchaus möglich gewesen sei, die Körperstellung vom Sitzen zum Stehen (Stehpult) und auch zum Umhergehen zu wechseln. Allerdings habe es sich in ihrer führenden Position nicht geziemt, die Körperhaltung den entsprechenden Beschwerden anzupassen, weshalb sie „über die Schmerzen hinaus“ gearbeitet habe. Dr. E.\_\_\_\_ hielt dazu fest, dass es sich dabei um keine körperlich belastende Tätigkeit gehandelt habe. Aus orthopädischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit

leidensangepasst und habe Anforderungen gestellt, wie sie überwiegend auch im normalen Lebensalltag bewältigt werden müssten und nach Angaben der Beschwerdeführerin auch bewältigt werden könnten, wenngleich mit Entwicklung von Schmerzempfindungen im Verlauf des Tages. Die Tätigkeit im Büro dürfte kaum messbar beeinträchtigt sein, sehe man von der Entwicklung der Kreuzschmerzen nach längerem Sitzen ab. Dies berücksichtigt, betrage die Arbeitsfähigkeit 90 % (S. 34). Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest (S. 47 unten f.), es ergäben sich aus Anamnese und Befund die Diagnose einer derzeit remittierten rezidivierenden depressiven Störung. Es sei spätestens ab Dezember 2015 eine weitgehend vollständige Remission anzunehmen. So sprächen die anamnестischen Angaben dafür, dass seit diesem Zeitpunkt die Fähigkeit sich zu freuen und die affektive Schwingungsfähigkeit gebessert seien. Insofern sei davon auszugehen, dass seit dem 26. November 2015 (dem letzten Befund des Behandlers) eine eindruckliche Besserung eingetreten sei. Im Zeitpunkt der Begutachtung fehle eine gedrückte Stimmung, eine Antriebsverminderung, eine Appetitstörung, eine Verminderung des Selbstwertgefühls und die diagnostischen Kriterien einer Depression seien nicht mehr nachweisbar. Auffällig sei, dass die Beschwerdeführerin eine Behinderung präsentiere, die nicht im Einklang mit Verhaltensbeobachtungen und klinischen Befunden stehe und daher nicht plausibel sei. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben, nämlich Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung sowie eine Inkonsistenz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und den objektiven Befunden (S. 50). Dass der behandelnde Psychiater auch weiterhin noch eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis Februar 2016 bescheinige, könne anhand der aktuellen psychiatrischen Begutachtung nicht nachvollzogen werden. Da Aggravationshinweise bestünden, lasse sich die Arbeitsfähigkeit nicht ausschliesslich psychiatrisch begründen (S. 52). Im interdisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dass ab Dezember 2015 aus orthopädischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 90 % in der angestammten Tätigkeit bestehe. Orthopädisch, neurologisch und allgemeininternistisch sei keine versicherungsmedizinisch relevante Änderung eingetreten. Aus psychiatrischer Sicht sei ab April 2010 eine Besserung eingetreten. Im Mai 2014 sei es zu einer erneuten depressiven Episode gekommen mit voller Arbeitsunfähigkeit. Ab November 2015 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab Dezember 2015 von 100 %

bestanden (S. 56 Ziff. 3.1 und Ziff. 4). 3.4

Dazu hielt das Gericht folgendes fest (Urk. 6/284 E. 5.4 f.):

« Diese psychosozialen Faktoren strich Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Gutachten nachvollziehbar heraus und zeigte auch auf, dass zweimal eine plötzliche depressive Episode nach jeweils erfolgter Kündigung eingetreten war und die Wiedergenesung zeitnah mit dem Finden einer neuen Stelle eintrat. Dies entspricht der psychosozialen Genese der psychischen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin.

Dies folgt nicht zuletzt aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin die bisher bei der Z.\_\_\_\_ innegehabte Stelle nicht aus gesundheitlichen Gründen verlor, der Behandlungsbeginn bei Dr. C.\_\_\_\_ aber am 23. August 2013, dem Tag der Kündigung, erfolgte. Dr. A.\_\_\_\_ legte schlüssig dar, dass eine Anpassungsstörung vorlag und keine schwere depressive Episode. Bei einer Anpassungsstörung handelt es sich grundsätzlich für sich allein nicht um ein invalidisierendes Leiden (...). Dr. A.\_\_\_\_ ging von voller Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 30. Juni 2014 aus, erachtete jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine volle krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit seit August 2013 als nicht plausibel. Dem ist zu folgen; die Arbeitsunfähigkeit ist, wie dargelegt, im Wesentlichen auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen, welche - wie die vorübergehende Anpassungsstörung - aus invaliden versicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich sind.

Anlässlich der am 26. und 27. Januar 2016 durchgeführten Begutachtung bei der Neurologie B.\_\_\_\_ hielt die Beschwerdeführerin fest, sie könne sich mit ihren jetzigen Beschwerden gar keine berufliche Tätigkeit vorstellen, sie hoffe jedoch auf Besserung, um irgendwann wieder mit einem kleinen Pensum beginnend zu arbeiten (vgl. vorstehend E. 4.12). Zu diesem Zeitpunkt war jedoch bereits klar, dass sie am 1. März 2016 eine neue Vollzeitstelle im angestammten Bereich antreten würde. Offenkundig teilte sie diesen Umstand den Gutachtern nicht mit, was nur auf bewusste versicherungstechnische Überlegungen zurückgeführt werden kann. Angesichts dieses Versäumnisses mutet es seltsam an, dass sie dem neurologischen Gutachter Befangenheit vorwirft, weil ihm der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.11) nicht vorlag, zumal er dazu nachträglich Stellung nahm (vgl. vorstehend E. 4.13). Vielmehr bestätigt sich im Lichte dieser Situation die Schlüssigkeit der Begutachtung, wie nachfolgend zu zeigen ist.

Das Gutachten der Neurologie B.\_\_\_\_ erging unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung der notwendigen Untersuchungen. Die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet und dargelegt. Es vermag damit den praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Expertise zu genügen, weshalb darauf abgestellt werden kann. Dr. D.\_\_\_\_ stellte eine beidseitige Reflexsteigerung an den Beinen fest, welche für eine Schädigung der langen Rückenmarksbahnen im Rahmen der postoperativen thorakalen Syrinxbildung spreche. Zusätzlich erhob er eine radikuläre Symptomatik, welche die leichte Fuss- und Zehenheberparese und die begleitenden Sensibilitätsstörungen erkläre. Er hielt fest, dass die Schmerzen dadurch erklärbar, aber auch medikamentös beherrschbar seien, und dass die Ausfallsymptomatik ausgesprochen bland sei. Dies stimmt mit dem Umstand überein, dass die Beschwerdeführerin ihren im August 2015 gestellten Antrag auf Umbau ihres Autos (Umrüstung von Gas- und Bremspedal; Urk. 6/127-128) am 21. Januar 2016 zu rückzog, da sie dank des Einsatzes von Therapien und Medikamenten wieder in der Lage sei, Auto zu fahren (vgl. Urk. 6/188). Dennoch hielt

sie anlässlich der Begutachtung fest, sie könne nicht mehr länger Auto fahren (S. 16 des Gutachtens), und sie habe Schwierigkeiten, die Pedale zu bedienen (S. 9 Mitte). Dr. D.\_\_\_\_ stellte ein flüssiges, sicheres und hinkfreies Gangbild fest, und die Beschwerdeführerin war sogar fähig, ohne Angaben von Schmerzen auf einem Bein zu hüpfen. Im klinischen Neurostatus waren keine Wurzelkompressionen feststellbar. Dr. D.\_\_\_\_ stellte aufgrund dieser Befunde aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in der letzten Tätigkeit fest, was zu überzeugen vermag. Aus orthopädischer Sicht stellte Dr. E.\_\_\_\_ aufgrund der Skoliose und Kyphose der Beschwerdeführerin eine naturgemäße Einschränkung in der Beweglichkeit fest, und es trete zeitweise bei längerem Sitzen eine ausstrahlende Schmerzsymptomatik ins rechte Gesäss auf, was sich auf das Belastungsprofil auswirke. Unzumutbar seien Tätigkeiten mit häufigem schweren Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Tätigkeiten mit Zwangshaltung für die Wirbelsäule und Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, ebenso Tätigkeiten mit ununterbrochenem Sitzen. Dr. E.\_\_\_\_ erachtete die bisherige Tätigkeit trotz dieses Belastungsprofils als angepasst, da es der Beschwerdeführerin durchaus möglich gewesen sei, die Körperstellung zu verändern. Dr. E.\_\_\_\_ trug der im Verlauf des Tages einsetzenden Schmerzentwicklung mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 10 % Rechnung. Dr. F.\_\_\_\_ stellte ab Dezember 2015 eine weitgehende Remission der psychischen Beschwerden fest; es sei seit dem 26. November 2015, dem letzten Befund des Behandlers, eine eindruckliche Besserung eingetreten. Dies ist angesichts der an diesem Tag erfolgten Arbeitsvertragsunterzeichnung ohne Weiteres nachvollziehbar. Dr. F.\_\_\_\_ fiel auf, dass die Beschwerdeführerin eine Behinderung präsentierte, die nicht im Einklang mit Verhaltensbeobachtungen und klinischen Befunden stehe und daher nicht plausibel sei. Er stellte Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren psychischen Beeinträchtigung fest, ebenso zwischen schwerer psychischer Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Zudem sah er Inkonsistenzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und den objektiven Befunden. Dr. F.\_\_\_\_ ging von Aggravationshinweisen aus, was angesichts des vorstehend Gesagten schlüssig ist, verschwieg die Beschwerdeführerin doch die auf den 1. März 2016 vorgesehene Arbeitsaufnahme. In der Konsensbesprechung erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin ab Dezember 2015 in der angestammten Tätigkeit aus orthopädischen Gründen als zu 10 % eingeschränkt. Orthopädisch, neurologisch und internistisch sei keine Veränderung eingetreten. Aus psychiatrischer Sicht sei es im Mai 2014 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit gekommen, ab November 2015 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab Dezember 2015 von 100 % bestanden. Während der orthopädischen Beurteilung gefolgt werden kann, lässt sich dies hinsichtlich der attestierten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen zwischen Mai 2014 und November 2015 aufgrund des vorstehend Gesagten nicht bejahen; vielmehr ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (...).

Somit ist in somatischer Hinsicht eine geringe Verschlechterung im Umfang von 10 % eingetreten. » 3.5

Zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz dieser Einschätzung hielt das hiesige Gericht fest (E. 5.9 ff.):

«Zusammenfassend ist festzuhalten, dass seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 9. April 2013 in psychischer Hinsicht keine, jedoch in somatischer Hinsicht eine

geringfügige Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Es stellt sich die Frage, ob dies versicherungsrechtlich relevant ist.

Gemäss orthopädischem Medas -Gutachten sind der Beschwerdeführerin Tätigkeiten mit häufigem schweren Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Tätigkeiten mit Zwangshaltung für die Wirbelsäule und Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, ebenso Tätigkeiten mit ununterbrochenem Sitzen nicht mehr zumutbar. Dr. E.\_\_\_\_ erachtete die bisherige Tätigkeit als leidensangepasst. Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie habe durchaus ihre Körperstellung verändern, ein Stehpult verwenden und umhergehen können. Aber es habe sich in ihrer Stellung nicht „geziemt“, seine Körperhaltung anzupassen. Anlässlich der Hauptverhandlung hielt sie fest, in ihrer früheren Anstellung habe sie keine Zeit für Pausen oder Essen gehabt, es habe Zeitdruck geherrscht und sie habe viel reisen müssen, wobei nicht immer ein Stehpult vorhanden gewesen sei. Es habe viele Sitzungen von acht, neun Stunden am Stück gegeben, wo man nicht auf stehen und den Rücken habe entspannen können, und es sei auch nicht so, dass alle sitzen und eine Person stehen könne. Es handle sich bei der H.\_\_\_\_ Gruppe um eine internationale Firma mit weltweit 33'000 Mitarbeitern. Sie sei für die gesamte Schweiz zuständig, das seien 9'400 oder 9'600 Mitarbeiter.

Die Beschwerdeführerin hat bislang, von April 1999 bis Dezember 2008, in leitender Stellung bei Y.\_\_\_\_ AG gearbeitet sowie von 1. April 2010 bis 30. Juni 2014 bei Z.\_\_\_\_, ebenfalls in leitender Stellung. Trotz seit der Kindheit bestehender Rückenproblematik war sie fähig, diese anspruchsvollen Tätigkeiten jahrelang auszuüben. Beide Anstellungen verlor sie nicht aus gesundheitlichen Gründen, weshalb der Wechsel in die heutige, geringer entlohnte und nach ihrer Darstellung weniger anspruchsvolle Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG nicht auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sie, wäre ihr die Stelle bei Z.\_\_\_\_ nicht gekündigt worden, diese weiterhin ausgeübt hätte. Auch ist nicht auszuschliessen, dass die „geringere“ Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG aufgenommen wurde, weil der Stellenmarkt für höhere Kadertätigkeiten wie die bisherigen vergleichsweise klein ist, weshalb die Beschwerdeführerin möglicherweise auch aus IV-fremden Gründen keine vergleichbare Stelle mehr gefunden hätte. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass sie die Anstellung bei Z.\_\_\_\_ gegenüber der Invalidenversicherung tatsachenwidrig als im Vergleich zu ihrer Tätigkeit bei Y.\_\_\_\_ deutlich unter ihren Qualifikationen und viel weniger anspruchsvoll beschrieb, und auch aktuell ihre Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG als gegenüber der letzten Tätigkeit bei Z.\_\_\_\_ erneut als viel weniger anspruchsvoll darstellte. Dies erschwert die Beurteilung der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit und schliesst nicht aus, dass die Beschwerdeführerin diesbezüglich situativ unterschiedliche Angaben macht. Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben. Denn wenngleich nachvollziehbar ist, dass das idealerweise einzuhaltende Belastungsprofil dem Reisen und Koffer schleppen (wobei technische Hilfsmittel, die Inanspruchnahme von Hilfe bis hin zum Personentransport durch den Flughafen sowie Flugreisen in der Business Class im Rahmen der Schadenminderungspflicht als zumutbar erscheinen) und langen Sitzungen nicht immer zu entsprechen vermag, stehen somit doch wesentliche andere, nicht gesundheitliche Faktoren im Vordergrund, nämlich gewisse Gepflogenheiten der Geschäftswelt, in der sich die Beschwerdeführerin bewegt. Solche allein können keine Invalidität verursachen: Dass es bei Sitzungen und allgemein im höheren Kader unüblich ist, „Schwäche zu zeigen“, hat grundsätzlich nicht die Invalidenversicherung zu verantworten.

Invalidität ( Art. 4 Abs. 1 IVG) ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 ATSG). Dem Begriff der Invalidität liegen folgende Kriterien zugrunde: Gesundheitliche Beeinträchtigung (medizinisches Element), Auswirkungen auf die Fähigkeit, erwerblich oder im Aufgabenbereich tätig zu sein (wirtschaftliches Element im weiteren Sinne), Zusammenhang zwischen dem medizinischen und dem wirtschaftlichen Element sowie Dauer der Beeinträchtigung (zeitliches Element; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 7 zu Art. 8 ATSG). Art. 8 IVG bezieht sich auf die in Art. 7 ATSG definierte Erwerbsunfähigkeit: 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 ( Abs. 1). 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).

Der Unterschied zwischen Erwerbsunfähigkeit und Invalidität liegt in einem zeitlichen Kriterium. Nur diejenige Erwerbsunfähigkeit, die voraussichtlich bleibt oder längere Zeit dauert, gilt als Invalidität (Kieser, a.a.O., N 11 zu Art. 8 ATSG). Art. 7 ATSG thematisiert nicht eine tatsächliche Erwerbseinbusse, sondern den Verlust von Erwerbsmöglichkeiten.

Bezugspunkt der Erwerbsunfähigkeit ist der allgemeine Arbeitsmarkt. Das Invalidenversicherungsgesetz versichert demnach Erwerbsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht Berufsunfähigkeit im Sinne der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf weiterhin auszuüben. Der Begriff der Berufsunfähigkeit ist dem IVG fremd. Die fehlende Versicherung von Berufsunfähigkeit führt überall dort zur Verneinung der Invalidenrentenberechtigung, wo es der versicherten Person gelingt, in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten zumutbaren (Verweis-) Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz 9 zu Art. 4 IVG).

Vorliegend verhält es sich so, dass die Beschwerdeführerin weiterhin ihren angestammten Beruf als Head HR ausübt. Zwar bestehen Unterschiede in Bezug auf Reisen und Hektik. Es handelt sich jedoch ebenfalls um eine körperlich grundsätzlich leichte Tätigkeit mit grosser Verantwortung und Führungsaufgaben, mit hin um die angestammte Tätigkeit. Einziger Unterschied ist, soweit ersichtlich, die geringere Hektik, Reisetätigkeit und Sitzungsfrequenz und -dauer. Die Argumentation der Beschwerdeführerin zielt somit auf eine Berufsunfähigkeit ab, welche, wie dargelegt, nicht versichert ist. Nachdem kein rechtsgenügender, überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Verlust der bisherigen Stellen beziehungsweise der geringeren entlohnten Arbeit bei der H.\_\_\_\_ Gruppe und der gesundheitlichen Beeinträchtigung besteht, ist eine Invalidität zu verneinen. »

Diese Beurteilung wurde vom Bundesgericht nicht in Frage gestellt . 4. 4.1

Zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung stützte sich die Beschwerdeführerin auf folgende Berichte:

Pract . med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem am 31. Juli 2018 zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Bericht ( Urk. 6/290/5-9) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige

Ausprägung (ICD-10 F33.1). Als Nebendiagnosen nannte er (S. 1): - ausgeprägtes Schmerzereignis bei degenerativen Veränderungen - Syringomyelie des thorakalen Myelons - Zustand nach Operation der Kyphoskoliose im Kindesalter - postoperative Syringomyelie untere Brustwirbelsäule (BWS) - kongenitale Kyphoskoliose mit nicht segmentierten Vertebrae Th10-Th12 - mässig ausgeprägt chronische neurogene Schädigung in der Lendenwirbel L4 - und L5-versorgten Muskulatur rechts - schwere rechtsseitige spinale Impulsleitungsstörung Die Auffassung sei leicht, das Konzentrationsvermögen und die Merkfähigkeit

seien mittelgradig und die Anpassungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt (S. 3 Ziff. 7). Die Beschwerdeführerin leide unter einer weiterhin depressiven Stimmungslage, reduziertem Antrieb, eingeschränkter Schwingungsfähigkeit zum depressiven Pol hin. Die Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit seien leicht reduziert. Sie berichte über Schlafstörungen, Grübelneigungen, Gedankenkreisen, sozialen Rückzug, Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen (S. 1 f. Ziff. 2). Eine Aussage zur Wiederaufnahme der Tätigkeit könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht gegeben werden; die Beschwerdeführerin sei aktuell sicherlich zu 100 % arbeitsunfähig in jeder Tätigkeit (S. 3 f. Ziff. 8). 4.2

Prof. Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte mit Bericht vom 14. September 2018 (Urk. 6/290/1-2) gestützt auf eine bildgebende Untersuchung vom 6. September 2018 (Urk. 6/318) folgende Diagnosen (S. 1): - persistierende Fussheberschwäche rechts bei foraminale Stenosierung L5/S1 rechts - schwergradige Kyphoskoliose mit und bei - nicht segmentierten Vertebrae T10-T12 mit ausgeprägtem ossärem Gibbus - Status nach Kyphoskolioseoperation im Kindesalter mit postoperative Paraplegie - postoperative Syringomyelie der unteren BWS - subfusionselle Stenosierung L3/4 sowie foraminale Stenose L5/S1 beidseits rechtsbetont In Zusammenschau aller Zusatzuntersuchungen sei aktuell kein chirurgisches Vorgehen im Hinblick auf die Fussheberparese erforderlich, da nun chronische neurogene Umbauzeichen bestünden und mit einer Erholung durch eine Dekompression im Moment nicht zu rechnen sei. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei die Patientin in ihrer leitenden Funktion als HR-Verantwortliche mit der Notwendigkeit einer internationalen Reisetätigkeit aktuell 100 % arbeitsunfähig. In Anbetracht der schwergradigen spinalen Veränderungen und der zunehmenden altersbedingten Dekompression der Muskulatur seien rezidivierende Schmerzepisoden unvermeidlich. Therapeutisch sei die Situation nur marginal verbesserbar (S. 2). 4.3

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte am 20. Dezember 2018 (Urk. 6/303/3) aus, es sei aufgrund des Berichts von Prof. J.\_\_\_\_ keine wesentliche Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes ausgemittelt.

Zur psychiatrischen Situation führte RAD-Arzt dipl. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, am 21. Dezember 2018 (Urk. 6/303/3) aus, pract. med. I.\_\_\_\_ vermische im psychopathologischen Befund körperliche und psychische Symptome. Der gegenwärtige Befund entspreche einer leichten depressiven Episode, da auch bereits eine leichte Verbesserung der Schlafstörungen eingetreten sei. Es liege ein fast identischer Befundbericht wie im Bericht vom 26. November 2015 vor. Vorübergehende depressive Verschlechterungen seien bei einer depressiven Störung die Regel und überwiegend wahrscheinlich durch den erneuten Stellenverlust bedingt. Von einer dauerhaften Verschlechterung sei nicht auszugehen. 4.4

Nach Erlass des Vorbescheides

wurden der Beschwerdegegnerin folgende Berichte eingereicht:

Pract. med. I. \_\_\_ hielt in seinem zuhause der Taggeldversicherung am 26. November 2018 erstatteten Verlaufsbericht (Urk. 6/319) bei unveränderter Diagnose fest, der Zustand sei ungefähr gleich geblieben. Hinzugekommen sei die massive Angst, dass die Patientin aufgrund des schlechten körperlichen Zustandes ihre Gehfähigkeit ganz verlieren könnte und eine Operation dann nicht mehr möglich sei, womit ihr dann eine Lähmung und Rollstuhlzukunft drohe (S. 3 Ziff. 4). Sie sei auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 9).

Mit Schreiben vom 9. März 2019 (Urk. 6/316) hielt pract. med. I. \_\_\_ fest, aus medizinischer Sicht sei der Fall absolut klar, und jeder, der an der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit seiner Patientin zweifle, habe sich sicherlich nicht mit dem Fall beschäftigt. Aufgrund der enormen körperlichen Einschränkungen mit daraus resultierenden Schmerzen komme es bei der Beschwerdeführerin immer wieder zu massiven psychischen Problemen. Auch hätten die ganzen Untersuchungen gezeigt, dass ihre Nervenleitungen immer wieder kurzfristig unterbrochen würden, weshalb es zu Stürzen komme, was eine massive Gefährdung darstelle. Sie halte sich deshalb beim Treppenlaufen links und rechts am Geländer fest und habe extra ihr Haus umbauen lassen. Es sei absolut unverständlich, wenn in Fällen, in denen absolut klar sei, dass eine massivste Erkrankung vorliege, plötzlich die Krankheit nicht mehr die führende Rolle habe. Weiter liege eine Schweigepflichtverletzung hinsichtlich der Zustellung von Dokumenten an die ehemalige Arbeitgeberin vor. 4.5

Dr. med. M. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, hielt mit Stellungnahme vom 25. März 2019 (Urk. 6/317 = Urk. 6/337/167-168) fest, die Patientin beschreibe eine Verschlechterung ihrer Situation in den letzten zwei Jahren, was absolut nachvollziehbar sei, auch wenn dies nicht immer in bildgebenden oder neurographischen Untersuchungen in gleichem Ausmass dokumentiert werden könne. Die Beschwerdeführerin habe stets dank grosser Selbstdisziplin, unter Nutzung all ihrer Ressourcen und mit Verzicht auf viel Freizeit ihre Arbeit gemeistert. In ihrem Beruf als HR-Leiterin bei der H. \_\_\_ sei sie beruflich sehr oft im Flugzeug unterwegs gewesen und habe mit minimalen Ruhepausen im Ausland Sitzungen und Workshops halten müssen. Es sei unvermeidlich, dass es zu einer zunehmenden altersbedingten Dekompensation der Muskulatur komme, welche sich auf der Basis dieser schweren Skoliose umso schwerwiegender auswirke (S. 1). So beschreibe die Patientin dazu passend eine langsame Verschlechterung der Schmerzen und der Kraft. Aufgrund der zunehmenden nächtlichen Schmerzen bestehe ein massiver Schlafmangel mit Konzentrationsstörungen und verlangsamtem Arbeitspensum. Morgens könne sie nur gebückt stehen und gehen und es dauere mittlerweile eine Stunde, bis sie in der Lage sei, sich etwas aufzurichten. Während ihrer Tätigkeit sei sie deshalb jeweils zwei Stunden früher aufgestanden. Auch dies sei 2016 noch nicht so gewesen. Die zweite Verschlechterung betreffe den rechten Fuss, wo sich die Sensibilität von anfänglich nur die Zehen betreffend mittlerweile über den ganzen Fuss bis zum Knie ausdehne, was eine zunehmende Gangunsicherheit zur Folge habe. Gerade die abnehmende Muskelkraft und die Kraftausdauer könnten bildgebend nicht genügend festgehalten werden. Auch könne das zunehmende Einsinken des Körpers bei längerem Stehen, Gehen oder Sitzen nicht widerspiegelt werden. Zusammenfassend könne von einer Verschlechterung der Gesamtsituation mit Abnahme der Kraft und Kraftausdauer und

somit einer Zunahme der Schmerzen und der Notwendigkeit für Erholungsphasen gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin habe über einen längeren Zeitraum bei der H.\_\_\_\_ zwei Jobs gemacht (Leitung der Abteilung HR und Einführung eines SAP-Projektes), obwohl das im Stellenbeschrieb ursprünglich nicht so vorgesehen gewesen sei. Sie sei in ihrem Beruf nicht mehr arbeitsfähig und es sei mit einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu rechnen (S. 2). 4.6

In seinem am 5. September 2019 zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten psychiatrisch-neurologischen Gutachten (Urk. 6/330/3-88) stellte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 79 Ziff. 6.1.1): - schwergradige Kyphoskoliose mit und bei - rhythmisch segmentierten

Vertebrae T10-T12 mit ausgeprägtem osseärem Gibbus - Status nach Kyphoskolioseoperation im Kindesalter mit und bei - postoperativer Paraplegie mit diskreten Residuen - postoperativer Syringomyelie der unteren Brustwirbelsäule - ausgeprägte sekundäre degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Betonung der Lendenwirbelsäule mit und bei - Wurzelreizsyndrom L5 rechts - Myelonschädigung (Rückenmarkschädigung) als Folge der nachgewiesenen Syringomyelie mit rechts betonter Monoparesse des Beines und geringer Spastik - mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1)

Die folgende Diagnose habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 80 Ziff. 6.1.2): - Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von perfektionistisch und leistungsorientiert akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) In der zuletzt ausgeübten anspruchsvollen Tätigkeit, die vor allem häufige Geschäftsreisen mit Langstreckenflügen voraussetze, darüber hinaus ein längeres Verbleiben in einer fixierten Position, beispielsweise im Rahmen von längeren Meetings, sei die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht nicht arbeitsfähig. Sie habe Schwierigkeiten, die für ihre beruflich spezifischen Anforderungen früher erbrachte körperliche Aktivität aufzubringen. Sie sei jedoch in der Lage, unter bestimmten Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel häufigeren Erholungspausen, körperliche Aktivität aufzubringen. In einer leidensangepassten Tätigkeit, leicht wechselbelastend ohne Tragen von Lasten, ohne Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsebewegungen des Oberkörpers, ohne das längere Verharren in vornübergebeugter Haltung, ob stehend oder sitzend, sei die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht bezogen auf ein Arbeitspensum von 100 % zu 70 % arbeitsfähig bei um 20 % reduziertem Rendement, was einer effektiven Leistungsfähigkeit von 50 % entspreche (S. 81 unten f.). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Nach Anpassung der vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen sei ab Dezember 2019 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen. In einer Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung, mit reduziertem Kundenkontakt, ohne Übernahme von Leitungsfunktionen wäre die Beschwerdeführerin zu 70 % arbeitsfähig (S. 82 Mitte). In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG als Leiterin HR Shared Services sei seit der krankheitsbedingten Aufgabe der Tätigkeit am 23. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (S. 82 unten). In einer somatisch angepassten Tätigkeit sei sie aus bidisziplinärer Sicht zu 70 % arbeitsfähig bei um 20 % reduziertem Rendement, was einer effektiven Arbeitsfähigkeit von 50 % entspreche (S. 83 oben). 4.7

RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. K.\_\_\_\_ nahmen am 18. Oktober 2019 (Urk. 6/332/3) erneut Stellung und hielten fest, das bidisziplinäre Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar und es könne darauf abgestellt werden. Aus somatischer Sicht sei keine wesentliche Veränderung des Zustandes festzustellen. Psychiatrisch sei die Diagnose bereits bekannt gewesen. Vorübergehende depressive Verschlechterungen seien bei einer depressiven Störung die Regel. Von einer dauerhaften Verschlechterung sei gegenwärtig nicht auszugehen. Nach der empfohlenen Anpassung der medikamentösen Behandlung sei ab Dezember 2019 mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auszugehen. Zusammenfassend lasse sich anhand des bidisziplinären Gutachtens kein neuer medizinischer Sachverhalt ableiten. 5. 5.1

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 ; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 ). 5.2

Im Zeitpunkt der anspruchsverneinenden Verfügung vom 30. September 2016 beziehungsweise des Urteils vom 13. April 2018 war aus medizinischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % aus somatischen Gründen und von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % aus psychischen Gründen auszugehen. Die rechtliche Würdigung ergab jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5).

Aus den Akten (vgl. Urk. 6/337/115) und dem Handelsregister des Kantons Zug ([www.zg.ch/register.ch](http://www.zg.ch/register.ch)) ergeben sich zudem Hinweise auf eine Tätigkeit der Beschwerdeführerin für die P.\_\_\_\_ GmbH mit Sitz in Q.\_\_\_\_, deren alleinige Gesellschafterin sie ist. 5.3

Im Vergleich zu der früheren Situation erachtete pract. med. I.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin aktuell aus psychiatrischer Sicht als in jeder Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (vgl. vorstehend E. 4.1, E. 4.4). Bereits in seinem Urteil vom 13. April 2018 hielt das hiesige Gericht zu den Berichten von pract. med. I.\_\_\_\_ fest, dass dieser seine Einschätzung im Wesentlichen auf anamnestiche Angaben der Beschwerdeführerin stützte (vgl. E. 5.5 des Urteils). Zudem stützte med. pract. I.\_\_\_\_ seine aktuelle Einschätzung auch auf somatische Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.1), deren Beurteilung nicht in sein Fachgebiet fällt. Seine Stellungnahme vom 9. März 2019 (vorstehend E. 4.4) zeigt sodann geradezu exemplarisch, dass Hausärzte beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 55 1/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Dieser Erfahrungstatsache hat das Gericht Rechnung zu tragen, zumal med. pract. I.\_\_\_\_ mit diesem Schreiben wie auch demjenigen vom 19. Dezember 2019 (Urk. 6/339) seine Rolle des behandelnden Therapeuten verliess und sich zum Vertreter der Beschwerdeführerin im Verfahren machte. Eine relevante Verschlechterung ist gestützt

auf die Angaben von pract . med. I.\_\_\_\_ nicht glaubhaft gemacht worden. 5.4

Prof. J.\_\_\_\_ stellte im Wesentlichen dieselben somatischen Diagnosen, die auch anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte der Neurologie B.\_\_\_\_ im Februar 2016 gestellt worden waren (vgl. vorstehend E. 4.2 und 3.3) , was RAD-Fachärztin Dr. K.\_\_\_\_ bestätigte (vgl. vorstehend E. 4.3) . Prof. J.\_\_\_\_ stützte seine Beurteilung einer vollen Arbeitsunfähigkeit auf die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie in ihrer Funktion als HR-Verantwortliche internationale Reisen tätigen müsse .

Nachdem das hiesige Gericht feststellte, dass die Notwendigkeit von internationalen Reisen - welche die Beschwerdeführerin anlässlich der Verhandlung vom 23. Mai 2017 für die Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG verneint hatte (vgl. Protokoll; Urk. 6/277/3-11 S. 7 ff.) - einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht entgegensteht, sondern vielmehr unter eine nicht versicherte Berufsinvalidität fällt, kann der Beurteilung durch Prof. J.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden. Hierzu ist auch festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten ihre Anstellung nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hat, denn im Zeitpunkt der Freistellung am 15. Januar 2018 (vgl. Urk. 6/290/20 unten; Urk. 6/282/4-6) bestand keine Arbeitsunfähigkeit. Eine solche wurde erst ab dem 23. April 2018

#### **E. 018**

gemeldet ( Urk. 6/287 ; Urk. 6/290/20 ) . Es ist nicht ersichtlich, ob Prof. J.\_\_\_\_ dieser Umstand bekannt war. Jedoch ist davon auszugehen, dass Prof. J.\_\_\_\_ das Gutachten der Neurologie B.\_\_\_\_ nicht vorlag , was sich ebenfalls auf die Aussagekraft seiner Beurteilung auswirkt. Eine tatsächliche Verschlechterung beschrieb Prof. J.\_\_\_\_

nicht .

#### **5.5**

Die gleichen Bemerkungen sind zum Bericht von Dr. M.\_\_\_\_

anzubringen , die sich in ihrer

Stellungnahme vom 25. März 2019 (vorstehend E. 4.5)

einzig auf die Angaben der Beschwerdeführerin stützte. Bei diesem Schreiben handelt es sich ohnehin nicht um einen Arztbericht im Rechtssinn, da keine Befunde genannt werden, die die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit plausibel erscheinen liessen. 5.6

Das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.6) erging zuhanden der Taggeldversicherung und ohne Miteinbezug der Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und der Neurologie B.\_\_\_\_ (vgl. S. 42 des Gutachtens). Dies stellt die Aussagekraft dieses Gutachtens erheblich in Frage. Hinzu kommt, dass auch Dr. N.\_\_\_\_ gestützt auf die anamnestischen Angaben von einer angestammten

Tätigkeit mit häufigen Geschäftsreisen mit Langstreckenflügen ausging, was nicht belegt ist, ebenso wenig wie die Notwendigkeit eines Verbleibens in fixierter Position. Auch diesbezüglich ist auf die Beurteilung des Gerichts zu den Anforderungen an die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin zu verweisen (vgl. vorstehend E. 3.5). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin - aktenwidrig - gegenüber dem Gutachter angab, sie habe die letzte Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG krankheitsbedingt am 23. April 2018 aufgeben müssen (vgl. S. 45 oben des Gutachtens). Ins besondere aber nannte Dr. N.\_\_\_\_ im Vergleich zur früheren Aktenlage im Wesentlichen unveränderte Diagnose und legte nicht dar,

weshalb dennoch neu lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in Tätigkeiten gemäss Belastungsprofil ( leicht , wechselbelastend ohne Tragen von Lasten, ohne Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, ohne das längere Verharren in vornüberge neigter Haltung ) besteht. Dieses Belastungsprofil wurde bereits im Gutachten der Neurologie B.\_\_\_\_ genannt (keine Tätigkeiten mit häufigem schweren Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie Tätigkeiten mit Zwangshaltung für die Wirbelsäule und Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg, ebenso Tätigkeiten mit ununterbrochenem Sitzen ; vorstehend E. 3.3).

Was die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen angeht, so ist mit der Beschwerdegegnerin von einer vorübergehenden Erkrankung auszugehen. Dr. N.\_\_\_\_

erhob zudem Befunde von eher geringem Schwere grad: Gedrückte Stimmung, leicht verminderte Modulationsfähigkeit und Psycho motorik, leicht reduzierter Antrieb, Vortragen generalisierter Ängste, Zukunfts- und Existenzängste und sozialer Rückzug. Er legte nicht dar , aufgrund welcher Befunde diese doch substantielle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei. Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3 ). 5.7

Eine anspruchsrelevante Verschlechterung wurde nach dem Gesagten somit nicht glaubhaft gemacht.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit darauf eingetreten wird . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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