

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01159 vom 30. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01159 du 30 avril 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01159 del 30 aprile 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 2. August 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG und der IVV im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 ATSG).

1.3 Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven

Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

1.4. Gemäss der ständigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bildet der angefochtene Entscheid die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 256 Erw. 1, 129 V 169 Erw. 1, je mit weiteren Hinweisen). Eine allfällige Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin nach Erlass der Verfügung vom 2. August 2007 ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles somit unerheblich. Eine Veränderung des Sachverhaltes nach Erlass des strittigen Entscheides kann grundsätzlich nur im Rahmen eines neuen Verfahrens überprüft werden. Deshalb hat sich das Gericht auf diejenigen Tatsachen zu stützen, welche im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides vorhanden waren. Für die im späteren Zeitraum vorgebrachten neuen Tatsachen hat die Beschwerdeführerin ein neues Gesuch bei der Invalidenversicherung einzureichen.

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Rentenbegehrens damit, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung vorliege (Urk. 2 S. 1). Aus versicherungsmedizinischer Sicht und gemäss gängiger Rechtsprechung sei der vorliegende psychische Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht derart schwer einzustufen, als dass dieser zu einer deutlichen Einschränkung der bisherigen Tätigkeit führen könne. Psychosoziale Faktoren seien invaliditätsfremd und könnten daher nicht berücksichtigt werden (Urk. 2 S. 2).

2.2. Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde geltend, sie sei seit fast zwei Jahren aus psychischen Gründen erwerbsunfähig. Ihr Zustand habe sich seit der Trennung von ihrem Partner im November 2005 sukzessive erheblich verschlimmert und sie leide schon lange an ernsthaften körperlichen Beschwerden, insbesondere sei sie der Gefahr eines Tumorrezidivs ausgesetzt. Seit September 2005 stehe sie in psychiatrischer Behandlung. Seit der operativen Entfernung eines bösartigen Schilddrüsenkarzinoms im November 2006 habe sich ihre psychische Verfassung noch wesentlich verschlechtert (Urk. 1 S. 2). In ihrer Eingabe vom 15. April 2008 führte die Beschwerdeführerin sodann aus, die Berichte von Dr. H. ___ und Dr. J. ___ seien widersprüchlich, so dass auf diese nicht abgestellt werden könne. Nicht zutreffend sei insbesondere, dass die Behandlung über die Festtage in einer vorübergehenden akuten Krisensituation erfolgt sei (Urk. 14 S. 2 f.). Aus aktuellen Arztberichten von Dr. B. ___ und Dr. C. ___ gehe hervor, dass die depressive Entwicklung andauere und sich sogar verschlechtere habe. Es würden immer wieder Suizidgedanken auftreten (Urk. 14 S. 3), die von massiven Ängsten betreffend Zukunft und Existenz begleitet seien. Insbesondere seien auch blockierende Angsterscheinungen betreffend die fehlenden Arbeitschancen vorhanden (Urk. 14 S. 4).

2.3. Strittig und zu präfen ist demnach, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt.

E. 3

3.1. Vom 23. November bis 1. Dezember 2006 war die Beschwerdeführerin in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Y. (Y.) hospitalisiert. Dabei diagnostizierten Dr. med. Z., Assistenzarzt, und Dr. med. A., Oberarzt, eine linksseitige Schilddrüsenvergrößerung mit papillärem Mikrokarzinom bei euthyreoter Stoffwechsellaage. In Narkose sei der linke Schilddrüsenlappen entfernt worden (Urk. 7/16/5). Mit diesem problemlos verlaufenen Eingriff sei die Beschwerdeführerin vollumfänglich therapiert (Urk. 7/16/6).

3.2. Der behandelnde Psychiater Dr. med. B., Facharzt FMH für Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 19. Dezember 2006 folgende Diagnosen (Urk. 7/16/8):

- depressiv-ängstliche Entwicklung in psychosozialer Überforderungssituation mit ausgeprägtem Bedrohtheitsgefühl an Leib und Leben durch den adoleszenten Sohn
- Status nach Resektion eines Schilddrüsenkarzinoms Ende November 2006 mit Angst vor Rezidiv

Der derzeitige zentrale Konflikt bestehe in einer aussergewöhnlichen Auseinandersetzung mit dem 18-jährigen Sohn, welcher als Adoleszenter höchstwahrscheinlich unter einer agitierten Depression mit raptusähnlichen Attacken leide (Urk. 7/16/7). Diese raptusähnlichen Zustände würden zur Zeit zunehmen, wodurch bei der Beschwerdeführerin die Angstzustände, Schlafstörungen, asthmatischen Beschwerden, Schmerzen über der Herzregion sowie die Angst vor einem Tumorrezidiv immer stärker würden. Die Beschwerdeführerin habe das dringende Bedürfnis nach einer Erholungskur in einer Klinik geäußert. Ein solcher Aufenthalt sei aus ärztlich-psychiatrischer Sicht dringend indiziert, damit eine drohende Dekompensation vermieden werden könne (Urk. 7/16/8). Längerfristig sei eine definitive räumliche Trennung wohl unumgänglich (Urk. 7/16/7).

3.3. Mit Schreiben vom 20. Dezember 2006 überwies der Hausarzt Dr. med. C., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, die Beschwerdeführerin wegen einer schweren depressiven Episode mit Angst und Bedrohtheitsgefühl durch den adoleszenten, pubertierenden Sohn an den Notfallarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik D. (D.). Seit Wochen würden depressive, agitierte Episoden mit Schlafstörungen, chronische Schmerzen am Körper sowie Existenzangst bestehen. Er bitte um eine Notfallaufnahme zur Isolation aus der bedrohlichen häuslichen Umgebung und zur Evaluation des weiteren Vorgehens in psychischer und sozialer Hinsicht (Urk. 15/1).

3.4. Vom 20. bis 24. Dezember 2006 hielt sich die Beschwerdeführerin im Kriseninterventionszentrum der D. auf. Dr. med. E., Oberärztin, und F., Praktikantin, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 24. Dezember 2006 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (Urk. 15/2 Ziff. 1). Aufgrund einer belastenden sozialen sowie der somatischen Situation mit operativer Entfernung eines Schilddrüsenkarzinoms bestehe ein zunehmend depressives Zustandsbild mit Angst (Urk. 15/2 Ziff. 2). Durch die Gespräche, die ärztliche Distanz,

Ruhe und Abstand habe sich die Beschwerdeführerin von der belastenden Situation zu Hause etwas distanzieren können. Aufgefallen sei der erhöhte Antrieb und die zeitweise starke Agitation. Die Beschwerdeführerin habe sich entschieden, den Weihnachtsabend mit der Familie zu verbringen und danach einen stationären Aufenthalt auf der Station G. in der D. wahrzunehmen. Eine Suizidalität habe nicht bestanden (Urk. 15/2 Ziff. 3).

Anschiessend war die Beschwerdeführerin vom 25. Dezember 2006 bis 15. Januar 2007 in der D. hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 19. Februar 2007 diagnostizierten Dr. med. H., Oberärztin, und lic. phil. I., Psychologin, eine akute Belastungssituation sowie eine anamnestisch bekannte rezidivierende depressive Störung. Die Beschwerdeführerin sei aus dem Kriseninterventionszentrum zugewiesen worden und bei akuter Belastungssituation freiwillig eingetreten (Urk. 15/5 S. 1). In den Gesprächen habe sie aufgebracht über die aktuellen familiären Verhältnisse berichtet, insbesondere über die psychische Verfassung des Sohnes, und habe für ihn Hilfe gefordert. Ihr Zustand sei während des Aufenthaltes unverändert geblieben. Bei nicht vorhandener Selbst- und Fremdgefährdung sei sie in stabiler psychischer Verfassung in die alten Verhältnisse entlassen worden (Urk. 15/5 S. 2).

In ihrem Bericht vom 28. März 2007 hielten Dr. H. und Dr. J., Assistenzärztin, sodann fest, es könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe jedoch eine akute Belastungssituation (Urk. 7/21 lit. A). Die sich hauptsächlich zuspitzende Situation der Beschwerdeführerin beruhe hauptsächlich auf einer schwierigen Beziehung zum 18-jährigen Sohn (Urk. 7/21 lit. D.3). Die Beschwerdeführerin klage über grossen familiären Druck und fühle sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen. Sowohl die Trennungssituation als auch das psychische Leiden des Sohne bereiteten ihr zunehmend Schwierigkeiten, sodass sie oft traurig sei und sich zurückziehe (Urk. 7/21 lit. D.4). Im Rahmen der milieuthérapeutischen Behandlung habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin sehr schnell stabilisiert (Urk. 7/21 lit. D.7). Für die Zeit der Hospitalisation habe eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/21 lit. B), seither sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit wieder halbtags arbeitsfähig, eine berufliche Umstellung sei nicht zu präferieren (Urk. 7/21/8).

3.5 Dr. C. nannte in seinem Bericht vom 1. Februar 2007 folgende Diagnosen (Urk. 7/16/1 lit. A):

- schwere depressive Episode mit teilweiser Suizidalität
- Narbenschmerzen
- chronisches zervikospodylogenes Syndrom bei Status nach Schädelkontusion nach Sturz auf Kopf am 14. Oktober 2005

Seit dem 14. Oktober 2005 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/16/1 lit. B). Aktuell stehe die depressive Episode mit emotionaler Inkontinenz im Vordergrund (Urk. 7/16/2 lit. D.4). Eine berufliche Umstellung sei nicht zu präferieren, der Beschwerdeführerin könne weder die angestammte noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zugemutet werden (Urk. 7/16/4).

3.6 In seinem Bericht vom 17. Februar 2007 nannte Dr. B. folgende Diagnosen (Urk. 7/18/10):

- depressiv-Ängstliche Entwicklung in belastender Beziehung zu Ex-Partner und Sohn mit zwanghaften ZÄ¼gen (Kontrollzwang) und latenter SuizidalitÄ¼t

- AnpassungsstÄ¼rung

- differentialdiagnostisch: PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung vom Borderline-, Ä¼ngstlich-vermeidenden und abhÄ¼ngigen Typus

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe den heute 18-jÄ¼hrigen Sohn derart Ä¼berbehÄ¼tend erzogen, dass dieser bereits mit fÄ¼nf Jahren verhaltensauffÄ¼llig gewesen sei und in einem Heim habe platziert werden mÄ¼ssen. Heute mÄ¼sse sie seinen Befehlen nachkommen, da er sie an Leib und Leben bedrohe. Gleichzeitig zeige er eine kindlich-abhÄ¼ngige, unbeholfene, Ä¼ngstliche Seite und habe Angst, die Mutter zu verlieren (Urk. 7/18/8). Auch die Tochter sei bereits mit sechseinhalb Jahren in jugendpsychiatrischer Behandlung. Der Gedankengang der BeschwerdefÄ¼hrerin sei eingengt auf ihre Sorge um die Kinder, die Rezidivgefahr des SchilddrÄ¼senkarzinoms und die Existenz- und ZukunftsÄ¼ngste (Urk. 7/18/9). Aus Ä¼rztlich-psychiatrischer Sicht sei die BeschwerdefÄ¼hrerin in der freien Wirtschaft seit zirka einem Jahr zu mindestens 80 % bis 100 % arbeitsunfÄ¼hig. Eine Umschulung entfalle. Aufgrund einer mangelnden ReflexionsfÄ¼higkeit sei eine wesentliche Besserung des psychischen Zustandes durch die psychotherapeutische Behandlung unwahrscheinlich, die Prognose sei eher infaust (Urk. 7/18/10).

3.7 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Vom 10. bis 24. Februar 2007 war die BeschwerdefÄ¼hrerin in der Rehaklinik K.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 23. Februar 2007 nannte Dr. med. L.____ eine depressiv Ä¼ngstliche Entwicklung in psychosozialer Ä¼berforderungssituation sowie den Status nach Resektion eines SchilddrÄ¼senkarzinoms. Ziel des Aufenthaltes sei die Entspannung, Erholung und Distanz von zu Hause gewesen (Urk. 15/6).

3.8 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 28. Februar 2007 wurde die BeschwerdefÄ¼hrerin im Rahmen des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens durch den Kreisarzt des Unfallversicherers, Dr. med. M.____, OrthopÄ¼dische Chirurgie FMH, nach einer Distorsion und Kontusion des rechten Fusses am 30. August 2006 untersucht (Urk. 7/20/4 und 7). Nach wie vor wÄ¼rden persistierende Beschwerden angegeben, der Fuss kÄ¼nne jedoch seit langem wieder voll belastet werden. Das Beschwerdebild sei schwierig aufzuschlÄ¼sseln (Urk. 7/20/7 Ziff. 5), weshalb die BeschwerdefÄ¼hrerin fÄ¼r eine RÄ¼ntgenabklÄ¼rung angemeldet worden sei. GestÄ¼tzt auf die RÄ¼ntgenbilder werde er ergÄ¼nzend Stellung beziehen (Urk. 7/20/8).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 12. MÄ¼rz 2007 wurden im Institut fÄ¼r Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin des Stadtsitals N.____ RÄ¼ntgenbilder des rechten Fusses angefertigt. Dabei Ä¼usserte Dr. O.____, OberÄ¼rztin, den Verdacht auf eine nicht dislozierte Absprengung eines kleinen Fragmentes im medialen Bereich der Basis der Mittelphalanx von Dig. IV am rechten Fuss. Differentialdiagnostisch sei bei fehlendem Korrelat auf der schrÄ¼gen Aufnahme eine Ä¼berlagerung durch Weichteilstrukturen nicht ausgeschlossen. Im Grundgelenk der Grosszehe bestÄ¼nden diskrete arthrotische VerÄ¼nderungen. Im Ä¼brigen seien die ossÄ¼ren und artikulÄ¼ren Strukturen regelrecht und es seien keine Anhaltspunkte fÄ¼r weitere frische oder alte posttraumatische ossÄ¼re LÄ¼sionen festgestellt worden (Urk. 7/20/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf diese Röntgenuntersuchung hielt Dr. M.____ am 23. März 2007 fest, es gebe keine Hinweise für weitergehende Probleme, insbesondere Ermüdungsfrakturen der Metatarsalia. Entsprechend könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit seit dem 9. Januar 2007 ausgegangen werden (Urk. 7/20/2).

3.9 Ä Ä Ä Ä Ergänzend zu seinem Bericht vom 1. Februar 2007 führte Dr. C.____ am 27. August 2007 aus, die Beschwerdeführerin benötige aus psychischen Gründen eine Hilfskraft für die Haushaltsführung. Die Tochter werde im Hort beziehungsweise am Wochenende durch den Vater betreut. Wegen der psychischen Erkrankung und der Verschlechterung der körperlichen und seelischen Situation nach Bekanntwerden des Schilddrüsenkarzinoms 2006 habe die Beschwerdeführerin in ambulante und stationäre intensive Psychotherapie-Betreuung eingewiesen werden müssen. Trotzdem gehe es immer mehr in Richtung schlechte Prognose (Urk. 3/4).

3.10 Ä Ä In seinem Bericht vom 28. August 2007 bestätigte Dr. B.____ die in seinen früheren Berichten gemachten Ausführungen (Urk. 3/3 S. 1) und hielt zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin leide seit September 2005 an einer zunehmend ängstlich-depressiven Erkrankung mit Suizidalität und mit sehr wahrscheinlich konsekutiver Entwicklung eines in der Zwischenzeit operativ entfernten Schilddrüsenkarzinoms im Herbst 2006. Die Prognose in Bezug auf die Depression und die Arbeitsfähigkeit sei eher schlecht (Urk. 3/3 S. 2).

3.11 Ä Ä Am 25. August 2007 hielt Dr. med. P.____, Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumatologie, ohne nähere Angaben fest, er behandle die Beschwerdeführerin seit Juni 2005 wegen rheumatologisch-orthopädischen somatischen Beschwerden, welche mehrheitlich durch Unfälle herbeigeführt worden seien. Zunehmend bestehe jedoch eine psychische Komponente, welche invalidisierend wirke (Urk. 3/5).

3.12 Ä Ä Mit Bericht vom 27. Februar 2008 beantworteten Dr. H.____ und Dr. J.____ die ihnen mit Verfügung vom 5. November 2007 gestellten Zusatzfragen. Zur attestierten halbtägigen Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit führten sie aus, die Beschwerdeführerin habe während des Aufenthaltes fast ausschliesslich über familiäre Konfliktsituationen berichtet und Schwierigkeiten beschrieben, die sie mit den einzelnen Familienmitgliedern habe. Aufgrund der gezeigten psychischen Symptomatik könne der Prozentgrad der Einschränkung der Erwerbstätigkeit nicht stichhaltig festgelegt werden. Der beim Eintritt beobachtete leicht reduzierte Antrieb sei bereits am nächsten Tag nicht mehr zu beobachten gewesen, ebenfalls habe keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden können (Urk. 11 Ziff. 1.1). Während des gesamten Aufenthaltes habe keine Selbstgefährdung festgestellt werden können. Die Behandlung über die Festtage sei in einer Krisenintervention erfolgt, der psychische Gesamtzustand sei während des gesamten Klinikaufenthaltes unverändert geblieben (Urk. 11 Ziff. 1.3).

3.13 Ä Ä In seinem Bericht vom 5. April 2008 nahm Dr. B.____ Stellung zum Bericht von Dr. H.____ und Dr. J.____ vom 27. Februar 2008. Dabei hielt er fest, dass die Diagnose einer akuten Belastungssituation im Austrittsbericht der D.____ nicht nachvollziehbar sei. Aus der Beschreibung der teilweise absolut typischen Symptome für ein depressives Leiden müsse zwingend auf eine mindestens geringgradige bis mittelgradige depressive Erkrankung geschlossen werden (Urk. 15/3 S. 2). Die anamnestisch bekannte Diagnose werde zudem keineswegs angezweifelt. Es stelle sich zudem die Frage, weshalb der

Beschwerdeführerin ein derart langer Aufenthalt von insgesamt beinahe vier Wochen ermöglicht worden sei, wenn dieser einzig aufgrund einer akuten Belastungssituation erfolgt sei. Sowohl der Einweisungsgrund als auch die Symptombeschreibung und die Verordnung von Medikamenten würden auf ein depressives Geschehen hindeuten (Urk. 15/3 S. 3). Es scheine, dass sich die Beschwerdeführerin im geschätzten Rahmen der D.____ und im Abstand von der familiär belastenden Situation relativ schnell von ihren heftigen Verzweiflungsgefühlen etwas habe distanzieren können. Dass sie jedoch bereits am zweiten Tag keine depressive Symptomatik mehr aufgewiesen habe, erscheine höchst unwahrscheinlich (Urk. 15/3 S. 4). Die Frage der Suizidalität sodann werde in der Klinik aufgrund des geschätzten Rahmens etwas anders angesehen als in der ambulanten freien Praxis (Urk. 15/3 S. 4 f.). Der Bericht der Ärzte der D.____ sei mangelhaft, ungenau, unlogisch und fehlerhaft. Dies gehe auch aus der unklaren Stellungnahme und der trotz einer stationären Beobachtungszeit von vier Wochen unterlassenen Abklärung der Arbeitsfähigkeit hervor (Urk. 15/3 S. 5).

3.14. Dr. C.____ sodann führte in seinem Bericht vom 11. April 2008 aus, auch nach der Hospitalisation sei die Beschwerdeführerin wegen der psychosozialen Belastungssituation häufig verzweifelt. Trotz psychiatrischer Therapie dauere die depressive Entwicklung an und aggraviere sogar, so dass phasenweise Suizidgedanken auftreten würden. Diese seien mit massiven Ängsten betreffend Zukunft und Existenz begleitet, insbesondere seien blockierende Ängsterscheinungen betreffend die mangelnden Arbeitschancen vorhanden (Urk. 15/4 Ziff. 2). Aufgrund des instabilen psychischen Zustandes sei eine Arbeitsfähigkeit aktuell nicht gegeben und die Prognose sei als unberechenbar einzustufen (Urk. 15/4 Ziff. 3).

3.15. Am 13. März 2009 nannte Dr. C.____ folgende Diagnosen (Urk. 23):

- reaktive Depression (zum Teil Suizidalität)
- Angsterkrankung
- Schilddrüsenkrebs, Status nach Operation 2006
- Polyarthrose der Hände
- psychosoziale Belastungssituation mit exogenem Reaktionstypus

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der sozialen Belastungssituation habe die Beschwerdeführerin einen psychischen Zusammenbruch erlitten und leide seither an extremen Depressionen mit Suizidgedanken und Somatisierung. Wegen der Verschlechterung des psychischen körperlich Allgemeinzustande sei eine Invalidenrente unabdingbar (Urk. 23).

E. 4

4.1. Hinsichtlich der somatischen Beschwerden ergibt die Würdigung der medizinischen Akten Folgendes:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Schilddrüsenkarzinom, welches im November 2006 festgestellt worden war, wurde gemäss den Angaben von Dr. A.____ und Dr. Z.____ operativ entfernt und die Beschwerdeführerin damit vollumfänglich therapiert (Urk. 7/16/5-6). Seither kam es weder zu einem Rückfall noch wurde in diesem Zusammenhang eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Ebenfalls keine andauernde Invalidität zog eine Fussverletzung nach sich, welche sich die Beschwerdeführerin im Sommer 2006

zugezogen hatte. Gestützt auf die Befunde anlässlich der Röntgenuntersuchung im Stadtspital N. ___ kam Dr. M. ___ zum Schluss, es gebe keine Hinweise für weitergehende Probleme und die Beschwerdeführerin sei wieder vollstän- dig arbeitsfähig (Urk. 7/20/2).

Nachdem selbst die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde geltend machte, sie sei aus psychischen Gründen erwerbsunfähig (Urk. 1 S. 2), ist somit davon auszugehen, dass keine somatischen Beschwerden vorliegen, welche sich invalidisierend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken.

4.2 Bezüglich der psychischen Gesundheit ist sodann unbestritten, dass die Beschwerdeführerin durch Ängste und Sorgen eingeschränkt und belastet ist (vgl. Urk. 2 S. 2). Die Beschwerdegegnerin ging jedoch nicht von einem derart schwerwiegenden Gesundheitsschaden aus, als dass dieser zu einer deutlichen Einschränkung der bisherigen Tätigkeit führen könne (Urk. 7/26 S. 4). Psychosoziale Faktoren seien invaliditätsfremd und könnten daher nicht berücksichtigt werden (Urk. 2 S. 2).

Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass bei der Beschwerdeführerin eine sehr belastende familiäre Situation vorliegt. Seit längerer Zeit besteht eine aussergewöhnliche Auseinandersetzung mit dem inzwischen 20-jährigen Sohn, welcher gemäss den Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. B. ___ höchstwahrscheinlich selber unter einer agitierten Depression mit raptusähnlichen Attacken leidet (Urk. 7/16/7), der Beschwerdeführerin Befehle erteilt und sie an Leib und Leben bedroht (Urk. 7/18/8). Hinzu kommen Sorgen um die im Jahre 2000 geborene Tochter, welche ebenfalls in jugendpsychiatrischer Behandlung ist (Urk. 7/18/9). Sowohl der Hausarzt Dr. C. ___ (Urk. 15/1, Urk. 15/4 Ziff. 2) als auch der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ (Urk. 7/16/8, Urk. 7/18/10) und die Ärzte der D. ___ (Urk. 7/21 lit. D.3, Urk. 11 Ziff. 1.1, Urk. 15/2 Ziff. 2, Urk. 15/5) gehen übereinstimmend davon aus, dass diese belastende familiäre Situation bei der Beschwerdeführerin zu einer depressiven Reaktion geführt hat.

Dass die psychischen Beschwerden hauptsächlich durch die familiären Spannungen bedingt sind, zeigt sich sodann auch darin, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin während stationärer Aufenthalte jeweils relativ rasch stabilisierte. So hielten Dr. E. ___ und Dr. F. ___ am 24. Dezember 2006 fest, durch die zeitliche Distanz, Ruhe und Abstand habe sich die Beschwerdeführerin von der belastenden Situation zu Hause distanzieren können (Urk. 15/2 Ziff. 3). Ebenso führten Dr. H. ___ und Dr. J. ___ aus, im Rahmen der milieuthérapeutischen Behandlung habe sich der psychische Zustand sehr schnell stabilisiert (Urk. 7/21 lit. D.7) und die Beschwerdeführerin habe in stabiler psychischer Verfassung in die alten Verhältnisse entlassen werden können (Urk. 15/5 S. 2). Der beim Eintritt beobachtete leicht reduzierte Antrieb sei bereits am nächsten Tag nicht mehr zu beobachten gewesen und es habe keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden können (Urk. 11 Ziff. 1.1). Auch die anschliessend an den Aufenthalt in der D. ___ stattgefundene Rehabilitation in der Rehaklinik K. ___ diene insbesondere der Entspannung, Erholung und Distanz von zu Hause (Urk. 15/6).

Insgesamt ist somit davon auszugehen, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin massgeblich verbessert, sobald sie von der belastenden Situation zu Hause und der schwierigen Beziehung insbesondere zum Sohn getrennt ist.

Selbst der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ anerkannte trotz seiner Kritik an den Berichten der Ärzte der D. ___, dass sich die Beschwerdeführerin im geschätzten Rahmen der D. ___ und im Abstand von der familiär belastenden Situation relativ schnell von ihren heftigen Verzweiflungsgefühlen habe distanzieren können (Urk. 15/3 S. 4). Zudem hatte er bereits am 19. Dezember 2006 festgehalten, längerfristig sei eine definitive räumliche Trennung wohl unumgänglich (Urk. 7/16/7).

4.3 Sowohl Dr. C. ___ und Dr. B. ___ als auch die Ärzte der D. ___ gingen somit übereinstimmend davon aus, dass psychosoziale Faktoren bei der Verursachung der psychischen Probleme der Beschwerdeführerin eindeutig im Vordergrund stehen. Aufgrund dieses Umstandes sowie in Anbetracht der Tatsache, dass die beteiligten Ärzte übereinstimmend eine depressive Episode und nicht eine andauernde Depression (major depression) feststellten, ist davon auszugehen, dass es sich bei der Beschwerdeführerin nicht um eine von den erwähnten psychosozialen Faktoren selbständige psychische Störung von Krankheitswert mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit handelt, sondern vielmehr um psychische Probleme im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bis zum relevanten Zeitpunkt am 2. August 2007 erst seit knapp zwei Jahren in psychotherapeutischer Behandlung stand (Urk. vgl. Urk. 3/3 S. 1). Unter diesen Umständen verbietet sich jedoch die Annahme eines invaliditätsrelevanten selbständigen psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG.

4.4 Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 2. August 2007 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. ___

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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