

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00244 vom 20. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00244

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00244 du 20 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00244 del 20 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

). Anamnestisch berichtete sie, die Beschwerdeführerin stehe seit 1998 in ihrer Behandlung. Sie habe sie häufig auch als Begleiterin und Übersetzerin ihrer Mutter erlebt. Die Beschwerdeführerin lebe mit ihren Eltern in der gleichen Wohnung. 2005 habe eine andauernde psychosoziale Belastungssituation bestanden, da der Vater eine Bypass-Operation gehabt und die Beschwerdeführerin sehr viel Unterstützungsleistungen für ihre Eltern erbracht habe. Im Mai 2007 habe sie von den Ärzten des H.____ erfahren, dass die Beschwerdeführerin an einem ausgeprägten paroxysmalen Lagerungsschwindel leide. Im August 2007 habe sie sodann von der Krisenintervention im Z.____ erfahren. Danach habe bis am 20. Mai 2009 ein Konsultationsunterbruch bestanden. Die Beschwerdeführerin habe sich wieder gemeldet, weil sie unter starker Müdigkeit gelitten, sehr viel geschlafen und in den vergangenen zwei Jahren 13 kg an Gewicht zugenommen habe. Sie habe berichtet, seit zwei Jahren in der D.____

in Behandlung zu sein. Sie sei

damals wahrscheinlich in einen depressiven Zustand geraten, weil sie beruflich und familiär gefordert gewesen sei. Seit März 2009 habe sich die Beschwerdeführerin deutlich stabiler gefühlt und gewünscht, ihr Studium und ihre Arbeit wieder aufzunehmen. Anlässlich der letzten Konsultation vom 28. August 2009 habe sie berichtet, dass sie zurzeit keine psychologische Betreuung mehr habe, durch ihre Psychiaterin aber noch medikamentös behandelt werde (Ziff. 1.4). Anlässlich dieser Konsultation

habe sich ihr eine 40-jährige, deprimiert wirkende, adipöse Beschwerdeführerin gezeigt, bei welcher eine ausgeprägte persistierende psychosoziale Belastungssituation bestehe. Sie habe ihr geraten, sich wieder in psychotherapeutische Behandlung zu begeben und sich betreffend ihre sozialen Probleme Unterstützung bei einer Sozialberatungsstelle zu holen. Da sie in den psychotherapeutischen Prozess nicht involviert sei, könne sie prognostisch keine Aussage machen (Ziff.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). 1. 4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

am Ende) . Seit Juli 2007 bis heute bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). 3.5

Am 19. März 2010 berichtete

Dr. B.____ ,

D.____ (Urk. 6/12). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin vom 1. April 2008 bis 21. April 2009 behandelt zu haben, die letzte Kontrolle habe am 21. April 2009 stattgefunden (Ziff. 1.2). Seit 7. Juli 2007 bestünden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) : - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (ICD-10 F42.2)

Sie führte aus, die Beschwerdeführerin werde aktuell medikamentös behandelt (Ziff. 1.5). Als Studentin und Übersetzerin im strafrechtlichen Bereich sei sie seit 21. Juli 2007 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). 3.6

Am 13. Oktober 2010 ersuchte

Dr. B.____

die Krankenkasse der Beschwerdeführerin

um eine weitere Kostengutsprache für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung (Urk. 6/34). Als aktuellen psychopathologischen Befund nannte sie ein depressives Syndrom (ICD-10 F33.11) mit Bedrücktheit, depressiver Stimmung mit verminderter Schwingungsfähigkeit, Freudlosigkeit, Apathie, Verlust von Interesse und Zukunftsperspektive, Mutlosigkeit, starkem Antriebsmangel, starker Ermüdbarkeit, Morgentief, langem Schlaf tagsüber, Entscheidungsschwierigkeiten, sozialer Isolation, zeitweiliger Suizidalität, Konzentrationsstörung und Verlangsamung. Sie führte aus, nach einer Phase von eineinhalb Jahren, in denen die Beschwerdeführerin nur alle zwei Monate in eine Sitzung habe kommen wollen, habe sie nun motiviert werden können, wieder regelmässige Therapiesitzungen zu machen, wobei eine Sitzung pro Woche vorgesehen sei. Auch gehe sie

zu einer Ernährungsberatung. Sie werde derzeit mit Psychopharmaka versorgt. Sie habe sehr sorgfältig motiviert werden müssen, die Pharmakotherapie überhaupt wieder aufzunehmen (Ziff. 3-4). Es sei mit einem längeren Krankheitsverlauf zu rechnen, wobei durchaus noch Hoffnung auf einen günstigen Verlauf bestehe. Ziel sei vorläufig, eine vermehrte Selbständigkeit zu erreichen mit Ablösung vom Elternhaus. Dies sei bis anhin unter anderem auch an der finanziell prekären Situation der Familie gescheitert (Ziff. 5). 3.7

Am 23. Dezember 2010 erstatteten Dr. med. I.____

und med. pract. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 6/19). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten und ihre am 20. Dezember 2010 erfolgte Untersuchung (vgl. S. 1).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig allenfalls leichte depressive Episode, ICD-10 F33.0 (S. 11 Ziff. 5.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen histrionischen (infantilen) Anteilen (ICD-10 Z73.1) sowie einen schädlichen Gebrauch von Methylphenidat (ICD-10 F15.1).

Im Rahmen der Sozialanamnese führten die Gutachter unter anderem aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, bisher zwei Partnerschaften gehabt zu haben. Die erste sei 2003 gewesen und habe etwa zehn Monate gedauert. Der damalige Partner habe in Y.____ gelebt, man habe sich nur selten gesehen. Deshalb sei diese Partnerschaft auch gescheitert. Die zweite Partnerschaft sei nach zehn Monaten im Sommer 2010 beendet worden. Der sechs Jahre jüngere Partner habe den Altersunterschied als problematisch angesehen (S. 6 Mitte). Sie lebe in der Wohnung ihrer Eltern, habe sich bis dato nicht abgelöst. Seit sie krank sei, verdiene sie kein Geld, sei vollständig von den Eltern abhängig. Sie habe viele soziale Kontakte: habe Freundinnen aus der Schulzeit, Bekanntschaften der Eltern und auch Freunde aus der Studienzeit. Zudem sei sie Mitglied in der Studentengruppe K.____ an der L.____. Wenn es ihr gut gehe, treffe sie sich regelmässig mit ihren Freunden. Sie habe noch keinen Führerschein. Im Mai 2009 habe sie die theoretische Fahrprüfung absolviert. Seither mache sie die Fahrstunden, inzwischen habe sie etwa

30

Fahrstunden gemacht. Für Februar 2011 sei die praktische Fahrprüfung vorgesehen. Ihre Hobbies seien: Schwimmen, Lesen, ins Kino gehen, mit Freundinnen shoppen gehen (S. 6 unten, S. 7 oben).

Was das jetzige Leiden angehe, so habe die Beschwerdeführerin berichtet, energielos, schwach und erschöpft zu sein. Dieser Zustand daure schon lange und höre nicht auf. Sie schlafe zu viel, leide unter einem Antriebsmangel. Es gebe Tage, an denen es ihr gut gehe, aber auch Tage, an denen sie nicht einmal all tägliche Dinge erledigen könne. Auf Nachfragen hin habe die Beschwerdeführerin angegeben, nicht genau sagen zu können, wie lange es ihr gut oder schlecht gehe. Etwa 10 Tage gut und dann 10 Tage schlecht (S. 8 Ziff. 3.6). Auf konkrete Fragen zur vegetativen Anamnese hin habe sie angegeben, ihr Appetit sei gut, sie habe noch nie Probleme damit gehabt. Von 2007 bis 2009 habe sie unter der medikamentösen Behandlung zugenommen, habe bei einer Körpergrösse von 155 cm 76 kg gewogen. Seit einem Jahr gehe sie monatlich zur Ernährungsberatung, es sei ihr gelungen, das Körpergewicht auf 70 kg zu reduzieren (S. 9 oben). Der Schlaf sei bei ihr das Hauptproblem. Sie habe ein vermehrtes Schlafbedürfnis. Sie gehe abends gegen 21.00-22.00 Uhr zu Bette und stehe am nächsten Tag gegen 11.00 Uhr auf. Am Anfang ihrer Depression sei es schlimm gewesen mit dem vielen Schlaf, dies habe sich inzwischen etwas gebessert. Auf Nachfragen hin habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie sich trotz des vielen Schlafs nicht erholt fühle, zwei bis drei Stunden brauche, um morgens in die Gänge zu kommen (S. 9 Mitte). Zum Tagesablauf habe die Beschwerdeführerin angegeben, morgens meistens gegen 11.00 Uhr aufzustehen. Sie mache die Morgentoilette

und frühstücke. Sie nehme auch ihre Medikamente ein. An guten Tagen gehe sie zur Uni. Sie habe aktuell eine Arbeit im Bereich „Spracherwerb“ angefangen. Sie komme nicht so gut weiter, habe so etwas wie eine Schreibblockade. Sie versuche die „allgemeine Arbeit“ zu erledigen. Sie gehe zur Post, müsse die Einzahlungen erledigen, müsse auch ihre E-Mails erledigen. Grundsätzlich versuche sie, jeden Tag auszugehen. Sie treffe sich dann mit ihren Freundinnen. Wenn es ihr schlecht gehe, bleibe sie zu Hause. Sie liege dann viel im Bett, schaue fern oder versuche, etwas zu lesen. An den schlechten Tagen müsse sie sich zu den genannten Tätigkeiten überwinden. Am Nachmittag gehe sie aus dem Haus an die frische Luft, sei in der Uni oder einfach in der Stadt mit Kolleginnen. Auf Nachfragen hin habe die Beschwerdeführerin angegeben, am PC zu arbeiten, manchmal nur eine Stunde, manchmal 3-4 Stunden, dies sei unterschiedlich. Gegen 17.00-18.00 Uhr kehre sie nach Hause zurück und helfe der Mutter beim Zubereiten des Nachtessens. Danach höre sie Musik, lese Zeitschriften. Gegen 21.30-22.00 Uhr gehe sie ins Bett (S. 9 unten).

Von 2007 bis 2009 sei sie in ambulanter Psychotherapie bei der Psychologin Frau F. _____ gewesen. Die Therapie habe ihr viel gebracht, die Zwangsgedanken seien nach einem Jahr „so gut wie weg“ gewesen. Nach einem Umzug der Therapeutin sei sie mit ihrem Nachfolger nicht klar gekommen und habe die Psychotherapie für etwa eineinhalb Jahre ausgesetzt. Im Oktober 2010 habe sie wieder eine Psychotherapie angefangen (S. 9 unten).

In Bezug auf die eigenen Zukunftsvorstellungen bezüglich Arbeitsfähigkeit habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie würde gerne arbeiten, habe doch nicht umsonst studiert. Im Moment könne sie aber nicht arbeiten. Ihr Zustand schwanke von einem Tag auf den nächsten. Zudem fehle ihr die Kraft, das Selbstbewusstsein, bereits kleine Sachen würden ihr eine grosse Mühe bereiten. „Natürlich kämen auch die Schlafprobleme dazu.“ Insgesamt fühle sie sich voll arbeitsunfähig. Spontan habe die Beschwerdeführerin sodann ergänzt, dass sie sich, so lange sie krank sei, eine Unterstützung der Invalidenversicherung wünsche. Sie könnte sich dann auf die Behandlung konzentrieren und ihr Studium fortsetzen. Wenn sie dann gesund werden würde, bräuchte sie keine Invalidenrente (S. 10 Ziff. 3.7).

Zum erhobenen psychischen Befund führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe sich freundlich und aufmerksam gezeigt und dabei kontrollierend gewirkt. Zum Krankheitsverlauf und zu ihren Beschwerden habe sie umfangreiche Angaben gemacht, habe auch spontan detaillierte Ergänzungen abgegeben. Ihre Angaben zur sozialen Anamnese seien dagegen kurz gewesen. Ihre Stimme habe normal laut geklungen und sei gut moduliert gewesen. Sie habe lebendig gewirkt und die Exploration aktiv mitgestaltet. Hierbei habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen weitgehend unauffälligem Erscheinungsbild und ihren Angaben über Kraftlosigkeit und schnelle Erschöpfbarkeit ergeben. Ihre Angaben zum Krankheitsverlauf, zu ihren Beschwerden und dem Tagesablauf seien zudem inkonsistent und zum Teil widersprüchlich gewesen. Insgesamt sei bei der Beschwerdeführerin der Eindruck einer Verdeutlichungstendenz ihrer Beschwerden, punktuell auch der Eindruck einer Aggravation entstanden. Ihre Grundstimmung sei insgesamt ausgeglichen gewesen, punktuell habe sie ein wenig besorgt, ebenfalls punktuell fröhlich, zufrieden und stolz gewirkt. Ihre emotionale Resonanzfähigkeit sei angepasst und adäquat gewesen. Der Antrieb sei unauffällig gewesen, bei der Schilderung der Krankheitsgeschichte und auch der Beschwerdeschilderung habe sie wiederholt Initiative ergriffen und ausführliche und umfangreiche Angaben gemacht. Dabei habe sie medizinische Fachausdrücke verwendet. Hinsichtlich der Psychomotorik sei sie unauffällig gewesen. Es habe kein Anhalt für

Suizidalität oder Fremdgefährdung bestanden. Der formale Gedankengang sei regelrecht, geordnet, kohärent und nachvollziehbar gewesen. Die kognitiven Fähigkeiten erschienen eher überdurchschnittlich. Auffassungsvermögen, Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen seien während der mehrstündigen Untersuchung gleichbleibend sehr gut gewesen. Die Gedächtnisleistung und Merkfähigkeit seien nicht eingeschränkt gewesen (S. 10 Ziff. 4.1). Im inhaltlichen Denken sei die Beschwerdeführerin soweit unauffällig gewesen. Ein überwertiges Denken, wie zum Beispiel Zwangsgedanken, habe nicht bestanden (S. 11 oben).

Im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, bei Würdigung der Aktenlage, der aktuellen Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer Krankheitsgeschichte und ihren aktuellen Beschwerden sowie der in der gutachterlichen Untersuchung festgestellten psychischen Symptome und Auffälligkeiten lasse sich bei der Beschwerdeführerin Folgendes festhalten: Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig in Form einer allenfalls leichten depressiven Episode, auszugehen, die auf dem Boden akzentuierter Persönlichkeitszüge mit abhängigen und histrionischen Anteilen entstanden sei. Im Juli 2007 sei bei der Beschwerdeführerin erstmalig eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei es zu einer Remission der depressiven Beschwerden gekommen. So habe die Beschwerdeführerin die ambulante Psychotherapie 2008 erfolgreich beenden können. Nach ihren Angaben habe sie 2009 eine neue Partnerschaft beginnen und auch zukunftsgerichtet den Erwerb eines Führerscheins ins Auge fassen können. Sie habe dann die theoretische Fahrprüfung absolviert. Die Hausärztin habe festgehalten, dass es der Beschwerdeführerin seit März 2009 besser gegangen sei und sie sich „deutlich stabiler“ gefühlt habe. Im März 2010 sei erneut eine depressive Episode beschrieben. Unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufes sei daher von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Es sei anzunehmen, dass die depressiven Episoden im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung remittierten. Bei der aktuellen Untersuchung im Dezember 2010 habe bei der Beschwerdeführerin eine allenfalls leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss den Kriterien des ICD-10 festgestellt werden können (S. 13 unten, S. 14 oben). Anhand der anamnestischen Daten (soziale Anamnese, berufliche Anamnese) und den aktuell festgestellten interaktionellen Auffälligkeiten hätten sich bei der Beschwerdeführerin akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und histrionischen (infantilen) Anteilen feststellen lassen. Es habe sich eruieren lassen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer inneren Konflikte, d.h. widersprüchlichen Wünschen (Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit versus Wunsch, das 1995 begonnene Studium zu beenden; Wunsch nach Autarkie und Ablösung vom Elternhaus versus Wunsch nach elterlicher Versorgung) in ihrer persönlichen Entwicklung stehen geblieben sei. Unter diesen Umständen sei es bei ihr zur Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Beschwerden gekommen. Als psychosoziale Belastungsfaktoren liessen sich Rollenkonflikte bei Migrationshintergrund (Eltern), eine nicht erfolgte Ablösung von den Eltern, zunehmende Krankheiten der Eltern sowie schwierige finanzielle Verhältnisse feststellen (S. 14 Mitte).

Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aus rein psychiatrischer Sicht allenfalls leichte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit bestünden. Diese seien auf eine leicht eingeschränkte Stress- und Frustrationstoleranz zurückzuführen. Als

Ressourcen seien gute intellektuelle Fähigkeiten einschliesslich einer guten Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit zu nennen (S. 14 Mitte).

In der angestammten Tätigkeit als Dolmetscherin und in der erlernten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sei aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 % ausgewiesen. Unter adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei mit einer weiteren Verminderung der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 14 Ziff. 7.1). Retrospektiv sei anzunehmen, dass im Rahmen depressiver Episoden eine zeitlich auf Wochen bis wenige Monate begrenzte Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestanden habe. Aus psychiatrischer Sicht habe aber bisher noch nie eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestanden (S. 14 Ziff. 7.2). Auch in adaptierten Tätigkeiten sei aktuell aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 % ausgewiesen. Unter adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei mit einer weiteren Verminderung der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 15 Ziff. 7.3). Als adaptierte Tätigkeiten seien Tätigkeiten in der freien Wirtschaft zu nennen, ohne erhöhte Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz. Die Tätigkeit als Dolmetscherin im strafrechtlichen Bereich sei grundsätzlich möglich. Eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen sei mit Sicherheit nicht erforderlich (S. 15 Ziff. 7.4).

Dass sich die Beschwerdeführerin als hochgradig arbeitsunfähig einschätze, sei aufgrund des vorliegenden psychischen Gesundheitszustands nicht nachvollziehbar. Die Selbsteinschätzung beeinflussende Faktoren seien eine Verdeutlichungstendenz, punktuell auch eine Aggravation sowie ein sekundärer

Krankheitsgewinn (S. 15 Ziff. 8.4). 3.8

PD

Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 26. April 2011 ein Gutachten zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Urk. 6/31). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten, darunter das Gutachten von Dr. I.____ und med. pract. J.____ und die darin zitierten schriftlichen Unterlagen, sowie seine am 23., 24. und 26. April 2011 erfolgten Untersuchungen (vgl. S. 1 f.).

Anamnestisch führte der Gutachter unter anderem aus, nach dem Aufenthalt im Z.____ im Jahr 2007

sei die Beschwerdeführerin an die D.____

verwiesen worden, wo eine Psychotherapie und eine Pharmakotherapie durchgeführt worden seien. Immer sei auch eine intensive delegierte Psychotherapie erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei vom 27. Juli 2007 bis 17. Oktober 2008 und vom 27. Februar 2009 bis heute dort behandelt worden. Die Unterbrechung habe stattgefunden, weil sie sich nach Weggang der bisherigen Therapeutin mit dem ihr neu zugeteilten Therapeuten nicht verstanden habe. Die medikamentöse Behandlung sei fortgeführt worden. Wie die Beschwerdeführerin selber angebe, sei sie in den Jahren 2008, 2009 und 2010 ununterbrochen psychisch krank gewesen und habe weder Aufträge annehmen noch ihr Studium fortsetzen können (S. 6 Mitte). Im Jahre 2010 habe sie eine belastende Trennung vom Partner erlebt. Im Jahre 2011 habe sie wieder - mit grosser Anstrengung - mit Übersetzungstätigkeit begonnen, wobei sie bis Ende März 2011 vier Aufträge im Umfang von insgesamt 12 Stunden gehabt habe. Sie hätte weitere vier Aufträge annehmen können,

diese wegen ihrer schlechten Verfassung jedoch abweisen müssen. Studieren habe sie wegen ihrer Krankheit überhaupt nicht gekonnt (S. 6 unten) .

In Bezug auf die Befunde bemerkte Dr. M.____ vorab, dass Beschwerden und Befunde in der Psychiatrie gemeinsam im psychopathologischen Status dargestellt würden. Aus seinem Text gehe hervor, ob es sich um eine Beschwerde oder einen Befund handle (S. 7 unten). Er führte aus, die Beschwerdeführerin erlebe den Weg in die Praxis jeweils als starke Anstrengung. Sie sei äusserlich ruhig. Bei der gesamten Untersuchung seien keine Hinweise auf Inkonsistenzen aufgetreten (S. 8 oben) . Die Beschwerdeführerin fühle sich konstant traurig und bedrückt. Eine Freudlosigkeit bestehe für alle Lebensbereiche. Ein Energiemangel sei sehr ausgeprägt. Sie fühle sich weder für eine Arbeit noch das Studium noch die Aufgaben im Haushalt fähig. Sehr stark belaste sie eine ausgeprägte und konstante Müdigkeit, die sich nach Anstrengung auch nur mässiger Art nachhaltig verstärke. Sie gebe an, dass es ihr mit grosser Anstrengung für kurze Zeit gelinge, eine bessere Leistung zu erbringen. Dies sei der Grund, dass sie, wenn sie sich die Kräfte gut einteile, eine Fahrstunde nehmen könne. Auch vereinzelt bessere sich die Stimmung auf positive Ereignisse (S. 8 Mitte) . Die Konzentrationsfähigkeit sei wesentlich eingeschränkt, wobei sich dies bei sehr starker Anstrengung bessere. Der Schlaf sei gestört. Vor allem sei die Schlafdauer zu lange. Sie schlafe oft gegen 13 Stunden. Wenn es ihr nicht gut gehe, müsse sie sogar noch am Nachmittag ins Bett. Der Appetit sei normal. Es bestehe ein Kreisen um negative Gedanken, wobei sie alles als unüberwindbar erlebe. Eine psychomotorische Verlangsamung sei im Gespräch deutlich sichtbar. Auch liege eine Wortkargheit vor . Auch die Beschwerdeführerin selbst erlebe diese Verlangsamung (S. 8 unten). Der Score im BDI (Depressions-Selbstbeurteilungsskala nach Beck) sei 32 (schwere Depression). Der Score der Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) betrage 24

(mittelschwere bis schwere Depression), der des Quick Inventory

of Depressive Symptomatology (QIDS) 17, entsprechend einer schweren Depression (S. 9 oben).

Im Rahmen seiner Beurteilung führte Dr. M.____ aus, die Beschwerdeführerin weise psychiatrisch eine therapieresistente Depression auf, mit ausgeprägten Symptomen wie düstere Stimmung, Freudlosigkeit, Energielosigkeit, Konzentrationsstörungen , psychomotorischer Verlangsamung und Schlafstörungen. Auch bestünden Gedankenkreisen um negative Inhalte mit Einengung auf das depressive Geschehen, Gefühle der Wertlosigkeit und zeitweilig Lebensüberdross. Diese Symptome erfüllten unzweifelhaft die Kriterien einer schweren Depression nach ICD-10 F32. 2. Als besondere Symptomatik dieser Depression zeigten sich eine starke Müdigkeit und eine sehr wesentliche Verlängerung der Schlafdauer, also eine Hypersomnie . Diese Symptome entsprächen dem Bild der atypischen Depression, wie sie im DSM-IV als wichtiger Teil der psychiatrischen Krankheitslehre berücksichtigt sei , im Gegensatz zu den Depressionen im Allgemeinen, bei denen Insomnie charakteristisch sei. Zu erwähnen sei, dass atypische Depressionen wegen der besonderen Symptomatik nicht selten übersehen würden (S. 9 unten). Als weiteres bei atypischen Depressionen vorkommendes Symptom sei die sogenannte Reaktivität der Depression zu erwähnen . Dies bedeute, dass bei grosser Anstrengung, oder auch bei einem positiven Ereignis, sich die Verfassung vorübergehend für kurze Zeit, zum Beispiel ein bis zwei Stunden, bessern könne, dann aber wieder zusammenbreche. Auch diese kurze Besserungsmöglichkeit führe immer wieder zu Fehlbeurteilungen (S. 10 oben). Infolge der ausgeprägten Depressionssymptome wie Einengung auf das depressive

Geschehen, Energiemangel, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und psychomotorische Verlangsamung sei es ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin irgendeiner Arbeit oder einem Studium nachgehen könne, auch nicht teilzeitlich, abgesehen von einer Aktivität, die gegen zwei Stunden pro Woche betrage und in jedem Fall unter 10 % Arbeit liege (S. 10 Mitte).

Alle B ehandelnden und Gutachter hätten die Diagnose der atypischen Depression übersehen und deswegen die Schwere der Depression nicht richtig gewürdigt (S. 11 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei konstant schwer krank. Die Pharmakotherapie sei zwar variiert worden, aber nicht genügend (S. 11 unten). Sie leide seit 2007 ununterbrochen an einer schweren und invalidisierenden Depression. Beginnend vor 2007 sei sie an einer Zwangsstörung erkrankt, die heute abgeklungen sei (S. 12 Ziff. 1c). Seit 2007 bestehe in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 90 % (S. 12 Ziff. 2a und Ziff. 2b).
3. 9

In ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2011 (Urk. 6/40) führten Dr. I.____ und med. pract . J.____ aus, die von

Dr. M.____ in seinem Gutachten vom 26. April 2011 genannten Diagnosen einer schweren Depression (ICD-10 F32.2) stehe im Widerspruch zu der von ihm ebenfalls genannten Diagnose einer atypischen Depression (ICD-10 F32.8). Seine diagnostische Einschätzung sei aufgrund der sich gegenseitig ausschliessenden Diagnosen nicht nachvollziehbar (S. 1 unten). Soweit er diese mitunter mit den Ergebnissen der Beschwerdeführerin in zwei Selbstbeurteilungsinstrumenten und einem Fremdbeurteilungsinstrument begründe, sei zu bemerken, dass es sich beim QIDS um eine sogenannte „schnelle Einschätzung der depressiven Symptomatik“ handle. Selbstbeurteilungsinstrumente ergäben sodann definitionsgemäss einen Einblick in die Selbstbeurteilung eines Betroffenen hinsichtlich des subjektiven Schweregrades einer Depression. Bei einer Begutachtung gehe es aber darum, diese Selbstbeurteilung, die verschiedenen Faktoren, speziell auch motivationalen Aspekten und gegebenenfalls auch Rentenwünschen unterliege, mittels eines in einer ausführlichen und gründlichen Exploration erhobenen psychopathologischen Befundes und unter Berücksichtigung der erhobenen Anamnese zu objektivieren (S. 1 unten, S. 2 oben).

In der von Dr. M.____ erhobenen Anamnese seien zahlreiche Aktivitäten erwähnt, welche für die gute Vitalität der Beschwerdeführer in sprächen , so zum Beispiel

Besuche von Kleiderläden mit Anprobieren von Kleidern, eine Vielzahl von Vermeidungsstrategien, Besuch einer Fahrschule (seit 2009) und die Beendigung einer Partnerschaft . In seinem Befund vermische Dr. M.____ subjektive Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Beschwerden und durch ihn festgestellte Symptome. Er nehme auch keine Stellung zu den Widersprüchen zwischen den angegebenen subjektiven Beschwerden und den berichteten vielfältigen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin. Die in die Zukunft gerichteten Aktivitäten der Beschwerdeführerin stünden dem massiven Vitalitätsverlust im Rahmen einer schweren Depression definitionsgemäss entgegen (S. 2 oben).

Bei den vielen Unklarheiten hinsichtlich des Befundes und der diagnostischen Einschätzung lasse sich die von Dr. M.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von mehr als 90 % seit 2007 nicht nachvollziehen. Es sei anzunehmen, dass er die von der Beschwerdeführerin beklagten subjektiven Beschwerden zu stark gewichtet und auch - von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgehend - psychosoziale Belastungsfaktoren in

seine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit miteinbezogen habe (S. 2 Mitte). 3.

E. 2

6. März 2013 (Urk. 20) samt Beilagen (Urk. 10/8-11, Urk. 13, Urk. 16/1, Urk. 18/1-2) zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin keine andauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestand. Die gesundheitliche Einschränkung habe sich zeitlich auf Wochen bis wenige Monate beschränkt. Aus psychiatrischer Sicht sei aktuell höchstens eine 20%ige Einschränkung ausgewiesen. Unter adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei mit einer weiteren Verminderung der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (S. 1 unten). Die Voraussetzungen für berufliche Massnahmen seien ebenfalls nicht erfüllt, da mit entsprechenden Massnahmen keine relevante Einkommensverbesserung zu erzielen sei. Durch die bereits abgeschlossene kaufmännische Ausbildung könne die Beschwerdeführerin ein rentenunabhängiges Einkommen erzielen (S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber im Wesentlichen

geltend, auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten könne nicht abgestellt werden. Dieses sei - aus näher dargelegten Gründen (S. 7 ff.) - weder formell noch materiell vollständig, in grossen Teilen nicht nachvollziehbar und entweder gar nicht oder mangelhaft begründet worden, indem Fehldiagnosen gestellt worden seien auch in medikamentöser Hinsicht (S.

21 Ziff. 20). Die Einschätzung der IV-Gutachter stehe namentlich in sehr grossem Widerspruch zur Einschätzung der Privatgutachter sowie den Berichten der behandelnden Ärzte, welche sie im Gegensatz zu den von der Beschwerdegegnerin beauftragten Gutachtern alle mehrmals gesehen hätten (S.

7 f. Ziff. 8). Gestützt auf das vollständige und nachvollziehbare psychiatrische Privatgutachten vom 26. April 2011 - welches auch durch weitere Arztberichte gestützt werde - sei davon auszugehen, dass sie seit 2007 an einer weitgehend ununterbrochenen schweren und invalidisierenden Depression leide und sowohl in der angestammten Tätigkeit als Dolmetscherin als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 90 % arbeitsunfähig sei (S. 5 f. Ziff. 3-5). Gemäss Einschätzung der Privatgutachter und der behandelnden Ärztin bestehe zur Zeit keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit, weshalb sie

auch aufgrund der längeren Erwerbslosigkeit

zunächst beruflicher Massnahmen bedürfe (S. 25 f. Ziff. 25). Im Vordergrund stünden Eingliederungsmassnahmen wie Berufsberatung, Coachings und Arbeitsvermittlung (S. 26 f. Ziff. 27).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob bei der Beschwerdeführerin eine versicherungsrelevante Gesundheitsbeeinträchtigung besteht und welche Leistungsansprüche sich daraus allenfalls ergeben. 3. 3.1

Vom 2. bis 6. Juli 2007 war die Beschwerdeführerin im Z.____
der A.____

hospitalisiert, wo gemäss Bericht vom 6. Juli 2007 (Urk. 6/14) die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1), und als Differentialdiagnose eine Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet (ICD

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 7.1

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich berufliche Massnahmen beantragt ist vorab festzuhalten, dass bereits ihre subjektive Eingliederungsfähigkeit fraglich erscheint, nachdem sich insbesondere aus dem Gutachten von Dr. I.____ und med. pract. J.____ (vorstehend E. 3.7) ergibt, dass sie sich selbst als arbeitsunfähig einschätzt.

E. 7.2

Für eine Umschulung ist nach Lage der Akten keine Notwendigkeit ersichtlich, hält der ausgeglichene Arbeitsmarkt in den der Beschwerdeführerin im Umfang von mindestens 80 % als zumutbar erachteten Tätigkeiten (vgl. vorstehend E.

4.11) doch ein breites Feld an Einsatzmöglichkeiten bereit. Die Beschwerdeführerin berief sich denn auch nicht auf einen Umschulungsanspruch, sondern machte

zur Hauptsache einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen in Form von Berufsberatung und Arbeitsvermittlung geltend (Urk. 1 S. 26 f. Ziff. 27) . Nachdem gestützt auf die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingegangenen Berichte der Ärzte der A.____ indes nicht auszuschliessen ist, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Verfügungserlass verschlechtert hat, und die Sache diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist (vgl. vorstehend E.

6.1-2) , erweisen sich unter Umständen auch die beantragten Eingliederungsmassnahmen als hinfällig, weshalb sich eine weitergehende Prüfung im Rahmen des vorliegenden Verfahrens als nicht sinnvoll erweist. Der Beschwerdeführerin ist es indes unbenommen, sich jederzeit bei der Beschwerdeführerin zur Prüfung entsprechender Massnahmen anzumelden. 8.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich daher als unbegründet, was zu ihrer Abweisung führt. 9.

Da es 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), auf Fr. 900.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Akten werden nach Eintritt der Rechtskraft an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, überwiesen, damit sie im Sinne von Erwägung 6.2 verfahren. 3.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannRyf FK/SR/MPversandt

E. 8

ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen 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 Verstimmungszu ständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invali dität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokul turellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). 1. 5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zustel len und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beur teilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vor liegen einander widersprechender medizinischer Be richte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweisma terial zu würdigen und

die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 10

Schliesslich vermögen auch die Berichte von Dr. B.____ vom August 2011 (vorstehend E. 3.10) und das Gutachten von Prof. N.____ (vorstehend E.

3.12) die Beweiswertigkeit des Gutachtens von Dr. I.____ und med. pract. J.____ nicht in Frage zu stellen.

Auch wenn es aus medizinisch-diagnostischer Hinsicht zu treffen mag, dass das depressive Leiden der Beschwerdeführerin als atypisch im Sinne von DSM-IV zu charakterisieren ist, so ist jedenfalls die nunmehr auch von Dr. B.____ vertretene Auffassung, wonach die Beschwerdeführerin an einer schweren depressiven Störung im Sinne von ICD-10 F32.2 leide, nicht nachvollziehbar, nachdem - wie dargelegt (vorstehend

E. 4.7) - verschiedene Faktoren dagegen sprechen, dass im vorliegend relevanten Zeitraum (Mai 2010 bis Januar 2012) ein schwer

ausgeprägtes, die Arbeitsfähigkeit in relevantem Ausmass einschränkendes

depressives Leiden bestand. Soweit Dr. B.____

in ihrem Bericht vom

März 2010 (vorstehend E. 3.5)

als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nannte, ist festzuhalten, dass dieser Bericht zu einem Zeitpunkt erstattet wurde, als sie die Beschwerdeführerin nicht behandelte, fand die letzte Kontrolle ihren Angaben in diesem Bericht zufolge doch am 21. April 2009 statt.

Prof. N.____ schloss sich in ihrem Gutachten der Beurteilung durch Dr. M.____ an, ohne dies nachvollziehbar zu begründen, womit auch ihre Beurteilung einem Abstellen auf das Gutachten von Dr. I.____ und med. pract. J.____ nicht entgegensteht. 4.11

Somit ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ein maximal leichtgradig ausgeprägtes depressives Leiden bestand, welches ihre Arbeitsfähigkeit sowohl in der

angestammten Tätigkeit als Dolmetscherin und der erlernten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte als auch in jeder leidens angepassten Tätigkeit ohne erhöhte Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz

maximal im Umfang von 20 % einschränkte, und jedenfalls auch im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Mai 2010 kein schweres, die Arbeitsfähigkeit in höherem Ausmass einschränkendes depressives Leiden vorlag .

Nachdem die vorliegenden Akten diesbezüglich eine hinreichende Entscheidungsgrundlage bilden, kann von der eventualiter beantragten Anordnung eines Obergutachtens abgesehen werden. 5.

Bei der attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 %

im erlernten Beruf als kaufmännische Angestellte als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dolmetscherin sowie in jeder angepassten Tätigkeit kann die Beschwerdeführerin ohne Weiteres ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen, so dass sich weitergehende Ausführungen zu den erwerblichen Auswirkungen erübrigen. 6.6.1

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht der Ärzte der A.____ vom 1. Juni 2012 (Urk. 10/8) ein, aus welchem hervorgeht, dass sie dort vom 27. März bis 25. Mai 2012 hospitalisiert war. Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Differentialdiagnose: Angst und Depression, gemischt - Lowdose-Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2) - anamnestisch Verdacht auf Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (ICD-10 F42.2)

Zur Zuweisungssituation führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin habe die A.____ freiwillig aufgesucht. Die depressive Symptomatik habe in den letzten zwei Wochen deutlich zugenommen. Früher hätten auch Zwangsgedanken sowie handlungen bestanden, die aber zurzeit nicht stark ausgeprägt seien (S. 1 unten).

Im Rahmen ihrer Beurteilung führten die Ärzte aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit 2007 eine rezidivierende depressive Symptomatik mit zusätzlichen Angstkomponenten, die den Alltag der Beschwerdeführerin inklusive die Leistungsfähigkeit schwer beeinträchtigt. Bei Austritt habe bei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bestanden (S. 3 unten). Die Ärzte empfahlen unter anderem eine Nachbehandlung durch Dr. M.____ sowie eine teilstationäre Behandlung sowie eine behinderungsangepasste Tätigkeit von 50 % .

In einer Ergänzung zum Austrittsbericht vom 27. Juli 2012 zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Urk. 10/9) empfahlen die Ärzte der A.____ einen geschützten Arbeitsplatz oder eine berufliche Wiedereingliederungsmassnahme durch die Beschwerdegegnerin (S. 2 unten). 6.2

Dieser Bericht lässt es nicht als ausgeschlossen erscheinen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Verfügungserlass verschlechtert hat und nunmehr ein psychisches Leiden vorliegt, welches sich in invalidenversicherungsrechtlich relevantem Ausmass auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt.

Diese allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands und gegebenenfalls deren erwerbliche Auswirkungen sind von der Beschwerdegegnerin zu prüfen. Zu diesem Zweck

sind ihr nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids die Akten zu überweisen.
7.

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