

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00192 vom 31. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00192

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00192 du 31 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00192 del 31 agosto 2015

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hielt gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____ dafür, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor,

weshalb das Leistungs begehren abzuweisen sei (Urk. 2, Urk. 12).

E. 1.2

Demgegenüber verwies die Beschwerdeführerin auf die Beurteilung ihres behandelnden Psychiaters Dr. A.____ und ihrer behandelnden Psychotherapeutin Dr. phil. B.____, wonach sie infolge der damaligen Probleme am Arbeitsplatz und der Kündigung an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie an einer schweren depressiven Episode leide und vollständig arbeitsunfähig sei. Die Beschwerdeführerin brachte vor, diese medizinischen Schlussfolgerungen seien überzeugend, wohingegen auf das Gutachten von Dr. C.____ nicht abgestellt werden könne, da dieser voreingenommen gewesen sei und haltlose Unterstellungen sowie abwegige Ausführungen gemacht habe. Da eine erhebliche Divergenz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und jener des behandelnden Psychiaters vorliege, sei ein Obergutachten zu veranlassen

(Urk. 1, Urk. 16). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____

mit Eingabe vom

17. Februar 2014

(Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen. Ausserdem sei ein Obergutachten einzuholen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Ansetzung einer zehntägigen Nachfrist zur ergänzenden Begründung der Beschwerde sowie um Bestellung von Rechtsanwalt Daniel Vischer zum unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1 S. 2).

Das Gesuch um Nachfristansetzung wurde mit Verfügung vom 25. Februar 2014

(Urk. 6) abgewiesen. Mit Beschwerdeantwort vom 10. April 2014 (Urk. 12 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 13 /1- 33) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin

mit Verfügung vom 17. April 2014 (Urk. 14) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit derselben Verfügung wurde ausserdem das Gesuch um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung mangels Bedürftigkeit abgewiesen. Am 28. Mai 2014 reichte die Be

schwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. A.____

und Dr. phil. B.____

zu den Akten (Urk. 16 , Urk. 17), welcher der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 4. Juni 2014 zugestellt wurde

(Urk. 18).

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgleichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, 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.).

E. 3

1. 2

Mit Verlaufsbericht vom 7. März 2011 (Urk. 13/10/9-16) hielt Dr. Y.____ dafür, eine Versetzung auf die Intensivstation habe wegen der Ablehnung durch die Beschwerdeführerin nicht realisiert werden können. Die Beschwerdeführerin fühle sich zu Unrecht am alten Arbeitsplatz ausgesperrt und wolle nur dort arbeiten (Urk. 13/10/10). Die

Beschwerdeführerin gab gegenüber der Vertrauensärztin an, sie wolle nicht von ihrer Stelle weggehen, sie fühle sich unschuldig. Sie wolle nicht auf die Intensivstation wechseln, weil diese auf dem gleichen Stockwerk und zu wenig weit entfernt von der ehemaligen Arbeitsstelle sei. Das gebe ihr zu wenig Distanz und dadurch wenige Vorteile. Sie würde wahrscheinlich regelmässig die ehemaligen Kollegen, aber auch die Mitarbeiterinnen, mit denen sie Konflikte habe, treffen. Sie kämpfe solange sie könne, um an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren zu können, sogar wenn sie dabei sterben sollte. Sie halte es fast nicht aus, dass man sie beim Personaldienstleiter schlecht gemacht habe und sie das nicht korrigieren könne. Immer wenn sie daran denke, dass sie auf ihre alte Abteilung zurückkehren könnte, werde sie innerlich ruhig und verspüre Freude. Sie traue sich einen Arbeitseinsatz von 50 % zu (Urk. 13/10/10). Der behandelnde Arzt Dr.

Z.____

teilte Dr. Y.____ gegenüber mit, auffallend sei die starke Fixierung der Beschwerdeführerin auf den Willen, an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren und ihre Weigerung, ein anderes Szenario zu entwickeln. Eine intrapsychische psychotherapeutische Arbeit sei zurzeit nicht möglich, da die Beschwerdeführerin alles Konflikthafte ausserhalb ihrer Person erlebe (Urk. 13/10/14). Dr. Y.____ kam zum Schluss, dass ab sofort die Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 50 % zumutbar sei (Urk. 13/10/11).

E. 3.1.1

In ihrem ersten vertrauensärztlichen Bericht vom 23. August 2010 (Urk. 13/10/1-8) notierte Dr. Y.____, laut der Anmeldung der Dienstabteilung bestehe im Team der Spitalangestellten Anästhesie seit mindestens zwei Jahren ein Konflikt, an dem die Beschwerdeführerin einen wesentlichen Anteil habe. Ende Juni 2010 sei der Konflikt ein weiteres Mal eskaliert, worauf die Beschwerdeführerin zu einer Rechtsberatung gegangen sei. Dem Begehren um eine Versetzung sei man in kurzer Zeit nachgekommen und die Beschwerdeführerin hätte am 20. Juli 2010 auf der Intensivstation weiterarbeiten können (Urk. 13/10/2). Die Beschwerdeführerin gab gegenüber der Vertrauensärztin an, sie wolle nicht auf die Intensivstation wechseln, sondern auf der Anästhesie bleiben, weil sie dort alles kenne und alle im Team nett seien. Sie arbeite seit längerem mit den beiden Mitarbeiterinnen, mit denen es jetzt Konflikte gebe, und sie habe sich an die Vorgesetzten gewandt und um Hilfe gebeten. Im Oktober 2009 habe sie ein erstes Mal eine sehr schlechte Qualifikation erhalten, was sie sehr betroffen gemacht habe. Sie habe sich danach schwach und krank gefühlt und sich oft wegen Krankheit abmelden müssen, was früher nie vorgekommen sei. Nun könne sie sich seit zwei Monaten überhaupt nicht mehr beruhigen. Sie fühle sich unschuldig und habe das Gefühl, ihre Vorgesetzte unterstütze sie nicht. Sie wolle in einer anderen Gruppe auf der Anästhesie weiterarbeiten (Urk. 13/10/2). Dr. Y.____

diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Angst gemischt (ICD-10 F43.22), differentialdiagnostisch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und hielt dafür, die ersten Symptome seien im Oktober 2009 aufgetreten, akut seien die Symptome seit Juni 2010 (Urk. 13/10/1). Die Beschwerdeführerin sei zurzeit arbeitsunfähig, die Prognose sei jedoch grundsätzlich günstig. Es handle sich um eine reaktive Erkrankung auf einen lange dauernden Konflikt am Arbeitsplatz. Wahrscheinliches und sinnvolles Ziel sei das Erreichen einer Versetzung in eine andere Abteilung (Urk. 13/10/4, 7).

E. 3.1.3

Im Verlaufsbericht vom 11. Juli 2011 (Urk. 13/10/17-24) notierte Dr. Y.____, die von der Arbeitgeberin in angebotene Versetzung auf die Intensivstation werde von der Beschwerdeführerin weiterhin abgelehnt. Gegen die Versetzungsverfügung habe die Beschwerdeführerin Rekurs eingelegt (Urk. 13/10/18). Die Beschwerdeführerin habe erklärt, nicht begreifen zu können, warum ihr das geschehen sei und warum sie nicht wie alle anderen Menschen eine zweite Chance auf der alten Abteilung bekomme. Auf der Anästhesieabteilung sei sie so glücklich gewesen und ausser mit zwei Personen habe sie es mit dem Rest des grossen Teams gut. Sie wolle nur dort arbeiten. An einem neuen Arbeitsplatz würde man doch misstrauisch, was sie denn gemacht habe, dass sie gehen müssen. Zudem bekomme sie wegen der fehlenden Ausbildung als Pflegeassistentin doch keinen guten Job. Sie denke, dass sie nach allem nicht mehr normal leben könne (Urk. 13/10/18). Die Beschwerdeführerin gab weiter an, keine Schamgefühle zu haben. Sie fühle sich ungerecht behandelt. Sie werde weiterkämpfen, dann müsse man eben auch bezahlen. Sie fühle sich arbeitsunfähig, weil die Beine geschwollen seien, sie Schmerzen im rechten Oberbauch habe, unter Stress Blutungen bekomme und weil sie nicht klar denken könne. Sie würde gerne mit ihrem Mann ins Ausland verreisen (Urk. 13/10/18). Dr. Y.____ hielt dafür, psychopathologisch zeige sich trotz subjektiv hohem Leidensdruck kein depressiver Befund mehr. Im Vordergrund würden die dysfunktionalen Kognitionen und die Einengung auf die Thematik stehen. Eine Agoraphobie bestehe nicht. Die teilweise subjektiv erlebte Unmöglichkeit, das Haus verlassen zu können, entspreche einem Meideverhalten und sei unter bestimmten Umständen auch allein überwindbar. Die beobachtbare Symptomatik habe einen vornehmlich reaktiven Charakter und werde möglicherweise auch durch äusserliche Umstände perpetuiert. Ein eigenständiges intrapsychisches Krankheitsgeschehen lasse sich trotz subjektiv erlebter Beeinträchtigung nicht nachweisen (Urk. 13/10/19). Dr. Z.____ teilte Dr. Y.____ gegenüber eben falls mit, es zeige sich kein depressiver Befund mehr. Die Beschwerdeführerin reagiere mit einer breiten Palette von Emotionen auf die Frustration, die sie empfinde. Sie sei im Affekt nicht depressiv eingeengt. Seiner Ansicht nach begründe der Zustand keine Arbeitsunfähigkeit mehr (Urk. 13/10/22).

E. 3.2

Dr. A.____

und Dr. phil. B.____ – bei welchen die Beschwerdeführerin seit dem 17. August 2011 in Behandlung ist (Urk. 5 S. 1) – hielten mit Bericht vom 10. April 2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 13/12) dafür, die Beschwerdeführerin leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Anamnestisch wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe das Gefühl, man habe ihr bei der ehemaligen Arbeitsstelle Unrecht getan. Sie sei von diesem Vorgang offensichtlich traumatisiert und habe eine schwere Depression entwickelt (Urk. 13/12/1-2). Dr. A.____ und Dr. phil. B.____ hielten dafür, die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt, da die Beschwerdeführerin sehr schnell ermüde und nach wie vor chronisch erschöpft sei. Das wirke sich bei der Arbeit insofern aus, als sie langsam sei, sich nichts mehr zutraue und Angst habe, wieder verletzt zu werden (Urk. 13/12/2-3). Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Konzentrationsvermögen, in ihrer Auffassungsfähigkeit sowie ihrer Belastbarkeit eingeschränkt, wobei diese Angaben seit dem Sommer 2009 gelten würden (Urk. 13/12/5). Die Beschwerdeführerin sei bis heute nicht im Stande zu arbeiten. Es sei noch nicht klar, wann wieder eine Tätigkeit zumutbar

sei. Eine Wiederaufnahme der Arbeit auf weitere Sicht sei vorstellbar, die Beschwerdeführerin wünsche sich das auch (Urk. 13/12/ 2-3, 6).

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin wurde am 17. Oktober 2013 von Gutachter Dr. C.____ psychiatrisch untersucht (Expertise vom 19. Oktober 2013, Urk. 13/20).

Der Gutachter führte aus, im Gespräch habe sich eine altersentsprechend unauffällig wirkende, gepflegt und modisch gekleidete Beschwerdeführerin gezeigt, die kaum unsicher und in ihrem anamnestischen Erzählen während der Anamneseerhebung fast routiniert, kontrollierend und fast manipulativ gewirkt habe. Im Verlauf der ausführlichen Exploration habe sie in nicht bedrückter, als viel mehr in dysphorischer und angriffslustiger Stimmung über ihre verschiedenen psychosozialen Probleme und Schwierigkeiten und auch über gewisse gesundheitliche Beschwerden berichtet, wobei der Hauptfokus der Klagen, welche zeitweilig fast dramatisch und tränenreich vorgetragen worden seien, auf der Schilderung von Konflikten am letzten Arbeitsplatz, welche aus ihrer Sicht Mobbing gewesen seien, und insbesondere auf dem Fehlverhalten von ihrem Vorgesetzten und den Kolleginnen ihr gegenüber gelegen habe. Mehrfach hätten sich in Bezug auf - aus ihrer subjektiven Sicht krankheitsbedingten - Einschränkungen über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende Tendenzen zu Aggravation gezeigt. Trotz dramatischer Beschwerdeschilderung sei kein krankheitsbedingter Leidensdruck spürbar geworden (Urk. 13/20/15). Bei der Untersuchung habe sich eine allenfalls leichte dysthyme Symptomatik mit allenfalls sehr leichten Symptomen gefunden, wie zeitweilig und punktuell leichten Schwankungen der Stimmung, gewissen Selbstzweifeln und allenfalls punktuellen Konzentrationsstörungen bei guter Aufmerksamkeit, guter Auffassungsgabe, unauffälligem Antrieb und insbesondere sehr guter Ausdauer, die auch während der Untersuchung beobachtet werden können. Ein sozialer Rückzug habe nicht festgestellt werden können. Allenfalls habe sich, den beruflichen Bereich betreffend, ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten gefunden. Den Hauptfokus der Schilderungen der Beschwerdeführerin habe, wie schon in den Berichten von Dr. Y.____ beschrieben, die von der Beschwerdeführerin erlebte Kränkung dargestellt, die in Folge eines Konfliktes am letzten Arbeitsplatz im Zeitraum 2009/2010 entstanden sei. Eine relevante depressive Symptomatik verneinte der Gutachter

(Urk. 13/20/16-17). Sodann hielt er weiter dafür, dass auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht hätten festgestellt werden können. Diesbezüglich vermerkte der Gutachter insbesondere, dass sich keine Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die die Leidende an das belastende Erlebnis erinnern könnten, gefunden hätten. Im Gegenteil habe sich eine Tendenz gefunden, über die Erlebnisse im Zusammenhang mit den Konflikten und Auseinandersetzungen am letzten Arbeitsplatz ausführlich berichten zu wollen (Urk. 13/20/14, 17). Ausserdem sei vorliegend kein für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 erforderliches belastendes Ereignis oder eine Situation von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenhähnlichen Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden, gegeben (Urk. 13/20/17). Diagnostisch sei der Verdacht auf eine Dysthymie zu diskutieren, die sich nach dem Abklingen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, wie von Dr. Y.____ nachvollziehbar diagnostiziert, auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und histrischen Anteilen und insbesondere erhöhter Kränkbarkeit in den letzten zwei Jahren als blande Restsymptomatik

bei ambivalenter Psychotherapiemotivation und Entschädigungswünschen entwickelt habe. Weitere psychische Störungen hätten nicht festgestellt werden können (Urk. 13/20/18). Die Beschwerdeführerin zeige gute und sicher ausbaufähige Ressourcen. Es bestehe eine normale Intelligenz, ein normales Aktivitätsniveau in der Freizeit und sie beschäftige sich mit verschiedenen sie interessierenden Themen, sie habe regelmässige Kontakte mit Freundinnen und nehme auch rege Anteil am Leben ihres Sohnes und Mannes. Die partnerschaftliche Beziehung schildere sie als intakt. Sie unternehme tägliche positive Aktivitäten, versorge ihren Haushalt und leben entgegen ihren Schilderungen wohl ein geordnetes, freies und sicher nicht überwiegend von Krankheit geprägtes Leben (Urk. 13/20/18). Es seien verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren zu benennen: Subjektives Krankheitskonzept, Migrationshintergrund, geringe Schulbildung und keine Berufsausbildung, relativ qualifizierte berufliche Tätigkeit ohne entsprechende Ausbildung, inzwischen eher geringer beruflicher Ehrgeiz, eher geringe Chancen auf dem freien Arbeitsmarkt, Dekonditionierung vom Arbeitsprozess, Entschädigungs- und Rentenwunsch (Urk. 13/20/18). Der Gutachter kam zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht nichts gegen eine berufliche Wiedereingliederung sprechen würde. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 13/20/18-19). Bezüglich beruflicher Eingliederungsmassnahmen sei jedoch zunächst eine gründliche Motivationsprüfung der Beschwerdeführerin durchzuführen. Aktuell habe keine Motivation für berufliche Eingliederungsmassnahmen festgestellt werden können (Urk. 13/20/20). Zum Bericht von Dr. A.____ und Dr. phil. B.____

merkte der Gutachter schliesslich noch an, es stelle sich die Frage, weshalb – wenn aus Sicht des behandelnden Psychiaters eine nach seiner Einschätzung so schwere Erkrankung über einen so langen Zeitraum vorgelegen habe sollte – keine intensiveren oder konsequenteren Behandlungsmassnahmen eingeleitet worden seien, wie z.B. eine tagesklinische oder auch vollstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Psychiater sei wahrscheinlich weitestgehend auf Grundlage der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und der psychosozialen Belastungsfaktoren und nicht auf objektiv nachvollziehbaren Befunden erfolgt (Urk. 13/20/17-18). Anhand der erhobenen Befunde könne nicht nachvollzogen werden, wie Dr. A.____

und Dr. phil. B.____ zu ihren diagnostischen Einschätzungen gekommen seien. Auch die fortgeführte Krankenschreibung über mehr als zwei Jahre erscheine – anhand auch der im Bericht von Dr. A.____ nicht mitgeteilten schwerwiegenden objektiven Befunde – so nicht nachvollziehbar (Urk. 13/20/21).

E. 3.4

In den zwei weiteren - von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - Berichten von Dr. A.____ und Dr. phil. B.____

(Bericht vom 16. Februar 2014 [Urk. 5], Bericht vom 14. Mai 2014

[Urk. 17]) teilten diese mit, dass nun ein Klinikaufenthalt ins Auge gefasst werde und die Beschwerdeführerin am 21. Mai 2014 ein Vorstellungsgespräch im Sanatorium D.____ haben werde (Urk. 5 S. 2, Urk. 17 S. 3). Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin leide seit den Mobbingereignissen an ihrer ehemaligen Arbeitsstelle an den typischen Symptomen, welche auf eine Traumatisierung hinweisen würden, wie Nachhallerinnerungen, Albträumen, Vermeidungsverhalten, erhöhte psychische Sensitivität und Erregung mit

Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhter Schreckhaftigkeit. Diese Symptome seien während der ganzen Behandlungsdauer nicht abgeklungen. Ausserdem seien auch die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt. Die Beschwerdeführerin sei vollständig arbeitsunfähig (Urk. 5, Urk. 17). Soweit die Beschwerdegegnerin ausgeführt habe, dass sich die Beschwerdeführerin auf „hohem Aktivitätsniveau“ vergnüge und sich um ihre Schönheit kümmere, sei festzuhalten, dass in einer Depressionstherapie der Patient gezielt motiviert werde, sich zu bewegen, sich nicht zu isolieren und so gut es gehe aktiv zu bleiben. In diesem Sinne hätten sie die Beschwerdeführerin ermuntert, schwimmen zu gehen und auch hier und da einen Spaziergang zu machen. Anfänglich habe sie sich Mühe gegeben, diesen Aktivitäten nachzukommen. Dann aber habe es vermehrt schlechtere Phasen gegeben, in denen sie sich nicht habe dazu aufraffen können und tagelang, sogar wochenlang daheim geblieben sei, sehr oft auch im Bett. Spaziergänge mache die Beschwerdeführerin sozusagen nie, weil sie nämlich nahe an ihrem ehemaligen Arbeitsort lebe und immer Angst habe, Leuten von dort zu begegnen. Ähnlich sei es ihr mit ihren ehemaligen Mitarbeiterinnen gegangen. Anfänglich habe sie diese ab und zu getroffen und mit ihnen Kaffee getrunken, habe sich dann aber zunehmend von ihnen zurück gezogen, weil sie, nach einigen merkwürdigen Vorfällen, kein Vertrauen mehr gehabt habe. Das Vertrauen bezüglich der ehemaligen Arbeitsstelle sei ganz geschwunden. Die Beschwerdeführerin lebe heute sehr zurückgezogen und in ständiger Angst (Urk. 17 S. 2).

E. 4

2

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass auf die gutachterliche Einschätzung, wonach keine krankheitswertige Einschränkung bestehe, ohne weiteres abgestellt werden kann, wohingegen die Beurteilung von Dr. A.____

und Dr. phil. B.____

nicht zu überzeugen vermag. Damit erübrigen sich auch weitere Abklärungen. Die Beschwerde ist somit vollumfänglich abzuweisen

E. 4.1.1

Das von Dr. C.____ erstattete Gutachten vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 2.2). Der Gutachter tätigte allseitige

umfassende Abklärungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich mit den Vorakten auseinander. Seine Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin entgegen der Beurteilung von Dr. A.____

und Dr. phil. B.____

weder an einer depressiven Störung noch an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide und aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsfähig sei, begründete er sodann in nachvollziehbarer Weise.

E. 4.1.2

So steht die Feststellung von Dr. C.____, die Diagnose einer invalidisierenden posttraumatischen Belastungsstörung sei bereits mangels Trauma nicht nachvollziehbar (E. 3.3), in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung, wonach eine solche

definitionsgemäss nur anerkannt wird, wenn sie nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, wie beispielsweise nach einer Vergewaltigung, einer Folterung oder wenn man Zeuge eines gewaltsamen Todes wird

(Urteil des Bundesgerichts 9C_775/2009 vom 12. Februar 2010, E. 4.1, 9C_671/2012 vom 15. November 2012, E. 4.3; vgl. auch die entsprechende Umschreibung in der ICD-10-Klassifikation, F43.1, in: Dilling /Mombour/Schmidt, Hrsg., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 9. Aufl., Bern 2014, S. 207). Diese Voraussetzung ist vorliegend bei der

Situation am Arbeitsplatz

zweifelsohne nicht gegeben.

Typisches Merkmal einer posttraumatischen Belastungsstörung ist sodann unter anderem die Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten und üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten (Dilling /Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 207). Auch diesbezüglich wies Gutachter Dr. C.____ zu Recht darauf hin, dass sich kein solches Verhalten finde, sondern die Beschwerdeführerin im Gegenteil eine Tendenz zeige, über die Erlebnisse im Zusammenhang mit den Konflikten und Auseinandersetzungen am letzten Arbeitsplatz ausführlich berichten zu wollen (E. 3.3). Dies ergibt sich denn auch in erhellender Weise aus den Berichten von Dr. Y.____, welche unter anderem festhielt, im Vordergrund würde die Einengung auf diese Thematik stehen

(E. 3.1.1-E. 3.1.3). Soweit Dr. A.____ und Dr. phil. B.____

zur Begründung der posttraumatischen Belastungsstörung auf ein Vermeidungsverhalten hinsichtlich des ehemaligen Arbeitsplatzes hinwiesen und festhielten, die Beschwerdeführerin mache sozusagen nie Spaziergänge, weil sie nahe an ihrem ehemaligen Arbeitsort lebe und immer Angst habe, Leute von der Arbeit zu begegnen, sowie, dass das Vertrauen der Beschwerdeführerin bezüglich der ehemaligen Arbeitsstelle ganz geschwunden

sei und sie heute in ständiger Angst

lebe (E. 3.4), erscheint entgegen ihren Ausführungen der Leistungsdruck nicht allzu gross, als es ansonsten schwer nachvollziehbar wäre, weshalb die Beschwerdeführerin trotz permanenten Angstzuständen nicht an einen anderen Wohnort gezogen wäre.

Wenn die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift schliesslich vorbringt, Gutachter Dr.

C.____ habe die posttraumatische Wirkung der Ereignisse verkannt oder mindestens unterschätzt, was sich daran zeige, dass er ihr Weinen anlässlich der Untersuchung als theatralisch beschrieben und festgehalten habe, beim Tränenausbruch seien keine Trauer, Enttäuschung oder eine depressive Symptomatik deutlich geworden, sondern eine insbesondere unterschwellige Aggression und Wut über das ihr Widerfahrene (Urk. 1 S. 6; vgl. gutachterliche Ausführungen Urk. 13/20/11, 13), ist darauf hinzuweisen, dass auch Dr. Y.____

notiert hatte, die Beschwerdeführerin habe häufig geweint ,
sich empört und vorwurfsvoll gezeigt , und

auch sie – wie auch der damals behandelnde Psychiater Dr. Z.____ - dies nicht als krankheitswertig erachtet hatte n (Urk. 13/10/19-20).

Die Beurteilung von Dr. C.____ , wonach keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden könne, stimmt somit auch mit jenen von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ überein , welche nie auf eine derartige Störung hingewiesen hatten (E. 3.1.1-E. 3.1.3).

E. 4.1.3

Was sodann die Diagnose einer depressiven Störung betrifft, so ist die Beurteilung von Gutachter Dr. C.____ , wonach entgegen den Ausführungen von Dr. A.____ und Dr. phil .

B.____ keine invalidisierende depressive Störung diagnostiziert werden könne, mit Blick auf den weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund ohne weiteres nachvollziehbar. Auch angesichts des geschilderten Tagesablaufes erscheint diese Beurteilung als schlüssig. So wurde im Gutachten zum Tagesablauf festgehalten , die Beschwerdeführerin gehe morgens zwei bis drei Stunden schwimmen, lese manchmal, gehe einkaufen, sitze gerne am Sitzplatz im Garten, koche abends, wenn ihr Mann nach Hause komme, gehe abends oft mit ihrem Ehemann spazieren, fahre mit ihrem Sohn - am Wochenende oder wenn dieser frei habe – nach E.____ zum Schwimmen und treffe sich mit Freundinnen, mit welchen sie auch manchmal nach E.____ schwimmen gehe. Ausserdem mache sie gerne Handarbeiten (Urk. 13/20/12). Soweit Dr. A.____ und Dr. phil. B.____ dem entgegenhielten, die Beschwerdeführerin sei dazu motiviert worden, so gut es gehe aktiv zu bleiben, wobei sie

aufgrund der Angst vor Treffen mit ehemaligen Mitarbeitenden sozusagen nie Spaziergänge mache (E. 3.4), erhellt sich insoweit, dass sich die Beschwerdeführerin – soweit es überhaupt zutreffen sollte, dass sie sozusagen keine Spaziergänge unternehme –

nicht aufgrund einer Antriebslosigkeit respektive einer depressiven Störung eingeschränkt fühlt, sondern aufgrund von äusseren Faktoren, nämlich der Nähe zum ehemaligen Arbeitsort. Solche Faktoren haben jedoch invalidenversicherungsrechtlich ausser Betracht zu bleiben . Im Übrigen hielten Dr. A.____ und Dr. phil. B.____ lediglich pauschal fest, nach einer relativ guten Anfangsphase habe es vermehrt schlechtere Phasen gegeben, in denen sich die Beschwerdeführerin nicht aufraffen können und wochenlang daheim geblieben sei, sehr oft auch im Bett (E. 3.4). Diesbezüglich ist fest zu halten, dass der Tagesablauf im Gutachten detailliert

geschildert wurde – wobei es keinerlei Anhaltspunkte gibt, dass Gutachter Dr. C.____ diesen frei erfunden hätte – und somit spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung von einem relativ hohen Aktivitätsniveau ausgegangen werden durfte .

War schliesslich die Durchführung einer stationären Behandlung in der Vergangenheit in der Psychotherapie nie Thema gewesen (E. 3.3, Urk. 13/20/11), erscheinen diese Ausführungen der behandelnden Ärzte (Nichtverlassen des Wohnung während Wochen, dabei sehr oft im Bett) als äusserst fragwürdig. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen , dass sich die Beschwerdeführerin erst nach dem abschlägigen Rentenentscheid zur stationären Therapie angemeldet hat (vgl. E. 3.4).

E. 4.1.4

Beschwerdeweise wurde gegen das Gutachten von Dr. C.____ schliesslich eingewendet, der Gutachter habe abwegige, verfehlte sowie haltlose Ausführungen respektive Vorwürfe gemacht, wobei auf die gutachterlichen Ausführungen, wonach die Beschwerdeführerin das Hilfesystem selbst recht souverän beherrsche,

sowie auf die festgestellten psychosozialen Belastungsfaktoren (Entschädigungs- und Rentenwunsch, subjektives Krankheitskonzept) verwiesen wurde (Urk. 1 S. 4). Diese Vorbringen vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. So ergibt sich aus dem Gutachten, dass sich die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig erachtet und eine Rente wünscht (Urk. 13/20/13). Dass es ihr jedoch mit dem subjektiven Krankheitskonzept nur darum gehe, ihren Entschädigungs- und Rentenwunsch zu erfüllen, hatte der Gutachter entgegen den Ausführungen in der Beschwerdeschrift nicht festgehalten (vgl. Urk. 13/20/18). Dass die Beschwerdeführerin sodann verschiedene Hilfen in Anspruch nimmt, entspricht den Tatsachen – was im Übrigen auch nicht bestritten wird –, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass dies der Gutachter in seinem Gutachten festhielt (vgl. Urk. 13/20/18).

Da es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens praxisgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1), ist schliesslich das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die psychiatrische Untersuchung habe lediglich etwas mehr als eine Stunde gedauert, vor dem Hintergrund der vollständigen und schlüssigen gutachterlichen Beurteilung unbehelflich.

E. 5

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstF. Brühwiler

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