

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00382 vom 27. März 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00382](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00382)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00382 du 27 mars 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00382 del 27 marzo 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1971, ist Mutter zweier minderjähriger Kinder und ausgebildete Primar schul lehrerin. Seit dem 1. Februar 2010 war sie als heilpädagogische Lehrerin in einem Pensum von ungefähr 60 % tätig, wobei sie seit dem 26. Juli 2011 krankgeschrieben war. Am 3. Januar 2012 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung wegen einer schweren Erschöpfungsdepression zum Leistungsbezug an ( Urk. 8/4). Die Sozialversiche rungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor ( Urk. 8/8, Urk. 8/9, Urk. 8/10). Mit der Mitteilung vom 26. März 2012 eröffnete sie der Versicherten, dass aufgrund ihres Gesundheitszu stands zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien ( Urk. 8/11). Nach weiteren erwerblichen und medizinischen Abklärungen ( Urk. 8/12, Urk. 8/17, Urk. 8/19, Urk. 8/22) liess die IV-Stelle eine Haushaltsab klärung durchführen ( Urk. 8/25). Mit Schreiben vom 29. April 2013 wies die IV-Stelle die Versicherte darauf hin, dass sie ihre Erwerbsfä higkeit mit einer psychiatrisch -pharmakologischen und einer psychiatrisch-psycho - logischen Behandlung verbessern könne. Sie werde im Rahmen der Schadenminderungs pflicht aufgefordert, diese Massnahme mit ihrem Hausarzt umzusetzen und man werde im Falle einer neuen Anmeldung prüfen, ob sie sich de n angeordneten Massnahmen unterzogen habe ( Urk. 8/28). Mit Vorbescheid vom gleichen Tag wurde der Versicherten eine Verneinung des Leistungs - anspruchs in Aussicht gestellt, da die einzelnen ihr gestellten Diagnosen zeigten, dass kein invaliden versicherungsrechtlich relevanter Gesundheits - schaden vorliege ( Urk. 8/30). Am 28. Mai 2013 liess die Versicherte Einwand erheben ( Urk. 8/34) . Nach weiteren medizinischen Abklärungen ( Urk. 8/37, Urk. 8/38) verfügte die IV-Stelle am 27. Februar 2014 im Sinne ihres Vorbescheids ( Urk. 2) .

#### **E. 1.1**

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

#### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteile des Bundesgerichts 9C\_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 2**

ATSG).

#### **E. 2.1**

Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2014 von den Diagnosen einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung bei schwieriger Kindheit, einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen sowie

histrionischen Zügen und einer psychophysischen Erschöpfung bei belastender Arbeitssituation, Konflikten im Privatleben und einer belastenden Erziehungssituation aus. Die IV-Stelle hielt fest, eine mittelgradig depressive Episode könne nicht als invalidisierend beurteilt werden und eine posttraumatische Belastungsstörung sei nur invalidisierend, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftrete, was vorliegend nicht der Fall sei. Die

Persönlichkeitsstörung schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein, da die Versicherte ansonsten nicht in der Lage gewesen wäre, in früheren Jahren einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die psychophysische Erschöpfung stelle an sich keine Krankheit oder Schädigung dar, sondern sei ein Zusatzfaktor, der nur zu berücksichtigen sei, wenn jemand wegen eines pathologischen Zustands behandelt werde. Weiter seien psychosoziale Belastungssituationen von einem eigentlichen invalidisierenden Gesundheitsschaden

abzugrenzen. Da kein invaliden versicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege, werde der Leistungsanspruch verneint ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Versicherte liess in der Beschwerde vom 31. März 2014 insbesondere geltend machen, in den von der IV-Stelle aufgezählten Diagnosen fehle jene einer Angst- und Panikstörung (mit Agoraphobie). Es liege keine klassische post traumatische Belastungsstörung, sondern eine basale psychotraumatische Belastungsstörung vor. Weiter habe das Bundesgericht wiederholt festgehalten, dass einer mittelschweren depressiven Störung nicht von vornherein eine invalidisierende Wirkung abgesprochen werden dürfe.

Persönlichkeitsstörungen träten zwar zu Beginn der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter auf, doch diese hätten oft erst später im Leben - insbesondere falls noch eine weitere psychische Störung hinzutrete - Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem lasse die IV-Stelle eine Gesamtschau des Zusammenspiels aller Diagnosen vermissen. Für die Beurteilung der Überwindbarkeit der aus psychischen Störungen resultierenden Einschränkungen sei eine ärztliche Einschätzung der psychischen Ressourcen unerlässlich. Die Behandelbarkeit eines Leidens bedeute nicht, dass dieses nicht invalidisierend sei. Das psychische Leiden lasse sich keineswegs auf psychosoziale Faktoren reduzieren, sondern stelle einen verselbständigten invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Es sei von einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit und einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 37,4 % auszugehen, was einer Gesamtinvalidität von 76 % und einem Anspruch auf eine ganze Invalidenrente entspreche ( Urk. 1).

### **E. 3.1**

Die Y.\_\_\_\_, in welcher sich die Versicherte vom 9. Januar bis am 14. Februar 2012 aufgehalten hatte, hielt im Bericht vom 28. Februar 2012 die Diagnosen einer psychophysischen Erschöpfung (ICD-10 Z73.0) bei einer belastenden Arbeitssituation und einem Partnerkonflikt mit dem Ex-Lebenspartner sowie eine rezidivierende depressive Episode, bei Eintritt mittel gradig (ICD-10 F33.1), bei einer schwierigen Kindheit fest. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 28. Februar 2012, wobei die weitere Arbeitsfähigkeit vom behandelnden Arzt zu beurteilen sei ( Urk. 8/9).

### **E. 3.2**

Der behandelnde Arzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte am 12. März 2012 als Diagnosen eine seit ungefähr Mitte 2010 bestehende psychophysische Erschöpfung (ICD-10 Z73.0) und eine seit vielen Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), derzeit mittelgradig. Zudem stellte er die Differentialdiagnose einer seit der Kindheit bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Er attestierte eine ab dem 26. Juli 2011 bis auf weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Heilpädagogin. Das Konzentrations-, Auffassungs- und Anpassungsvermögen sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt. Die Versicherte habe eine posttraumatisch belastende Kindheit und Jugend erlebt. Sie sei bei einer sehr dominanten Adoptivmutter aufgewachsen, welche ihr kaum Empathie entgegengebracht habe, sie offenbar schon früh für ihre eigenen Zwecke instrumentalisiert habe und ihr ein sehr strenges Überich implantiert habe. Seit ihrer Kindheit leide die Versicherte an einer sehr tiefen und von ihr nur immer partiell beherrschten, aber bisher nicht überwundenen Angst, die erwartete Leistung nicht zu erbringen und deshalb abgelehnt zu werden. Ihr Perfektionsstreben produziere Scheitern

und Selbstverurteilung. Die Versicherte berichtete, unter Ängsten zu leiden. Oft spüre sie ihre Beine nicht mehr und falle zu Boden. Vermutlich sei eine längere Psychotherapie nötig. Es werde einige Zeit dauern, die lebenslang eingetragene Struktur des Perfektionsstrebens aufzulösen und damit eine normale Einstellung zu gewinnen. Doch auf längere Sicht bestehe durchaus eine günstige Prognose, nicht zuletzt wegen der hohen Motivation und guten Compliance der Versicherten (Urk. 8/10). Am 29. Mai 2012 führte n

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

und

Dr. phil. A.\_\_\_\_ ,

diplomierter Psychologe, gegenüber der Versicherung Mobiliar zudem aus, die Versicherte leide nach wie vor unter starken Schuldgefühlen und unter Selbstbeschuldigung, weil sie ihren Zusammenbruch nicht wirklich akzeptieren könne. Trotz analytischer Aufarbeitung verschaffe ihr die Einsicht in ihre biografischen Zusammenhänge und das Verstehen der Entstehung von Perfektionszwang keine Entlastung oder Berechtigungsgefühle. Auch nach dem Klinikaufenthalt, während welchem sie sich etwas erholt und positive Resultate gezeigt habe, zeige sich ein deutlicher Rückfall mit Erschöpfung, Nichtspüren der unteren Extremitäten, plötzlicher Kraftlosigkeit, Zukunftsängsten, Zweifeln an sich selbst und manchmal Todeswünschen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Prognose könne nicht wirklich gestellt werden, da nach dem Klinikaufenthalt in der Y.\_\_\_\_ wieder die schon vorher bestehende Erschöpfung und Hoffnungslosigkeit aufgetreten seien. Neben den medizinischen Gründen beständen Belastungen durch den laufenden Scheidungsprozess mit dazugehörigen Zukunftsängsten sowie durch Erziehungsprobleme mit den offenbar nicht pflegeleichten Töchtern (Urk. 8/14/17-20). Am 12. Juli 2012 ergänzte Dr. Z.\_\_\_\_ , die Versicherte sei wegen massiver Selbstverletzung und in psychischem Ausnahmezustand per fürsorglichem Freiheitsentzug in die B.\_\_\_\_ eingewiesen worden. In den nächsten Monaten bestehe keine Arbeitsfähigkeit und die Prognose sei ungünstig (Urk. 8/17).

### **E. 3.3**

Die Versicherte hielt sich vom 5. Juli 2012 bis am 21. September 2012 stationär in der B.\_\_\_\_ auf. Die B.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 20. September 2012 aus, zum jetzigen Zeitpunkt sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Zur Besserung der depressiven Symptomatik und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sei eine ausreichend psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung nötig. Es bedürfe unterstützender Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und gegebenenfalls zur beruflichen Neuorientierung. Auch längerfristig werde die Gefahr einer erneuten depressiven Episode bei einer Arbeit in vollem Pensum als sehr hoch eingeschätzt. Innerhalb der nächsten zwei Jahre werde von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich ungefähr 20 % ausgegangen. Die Versicherte leide seit Ende 2010 an einer rezidivierenden depressiven Episode, bei Eintritt mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) und seit dem Jugendalter an einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Zügen (ICD-10 F60.9). Bei Eintritt seien im formalen Gedankengang ein deutliches Grübeln und Gedankenkreisen, eine eingeschränkte Konzentration und eine leicht niedergeschlagene Stimmung festzustellen gewesen. Die Versicherte sei leicht affektarm und affektlabil gewesen. In Bezug auf die berufliche und persönliche Perspektive seien deutliche Zukunftsängste vorhanden gewesen. Die Persönlichkeitsstruktur weise emotional instabile und

histrionische Züge auf. Auffällig seien hohe persönliche Ansprüche und eine deutliche Tendenz zum Schwarz-Weiss-Denken. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf deutlich remittiert. Langfristig sei die Prognose jedoch auch aufgrund der Persönlichkeitsstruktur ungünstig, wenn eine hinreichende Entlastung nicht gelinge. Es bedürfe einer weiteren engen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, welche gegenwärtig nur in einer Tagesklinik durchführbar sei. In Überforderungssituationen zeige sich eine deutliche Affektlabilität, eine ausgeprägte Angstsymptomatik mit Herzklopfen, Schwitzen und Dyspnoe sowie bis hin zu dissoziativen Anfällen, von welchen die Versicherte schildere, den Kontakt zu ihren Beinen zu verlieren und auf den Boden zu fallen beziehungsweise in einer Art Panikattacke zu hyperventilieren. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt ( Urk. 8/19 ).

#### **E. 4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in seiner Stellungnahme vom 19. April 2013 fest, eine depressive Episode sei grundsätzlich einer Behandlung zugänglich. Deshalb solle als Schadenminderungspflicht eine psychiatrisch-pharmakologische und eine psychiatrisch-psychologische Behandlung auferlegt werden. Diese Behandlung sei medizinisch indiziert und zudem geeignet, die Arbeitsfähigkeit um 20 bis 50 % zu verbessern ( Urk. 8/27/4 ). 3.

#### **E. 4.1**

In den psychiatrischen Berichten ist zum Teil von rezidivierenden mittelgradig depressiven Episoden ( Urk. 8/9, Urk. 8/19 ) und zum Teil von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit

mittelgradig, die Rede ( Urk. 8/10, Urk. 8/37, Urk. 8/38 ). Als ICD-10 Code wurde stets ICD-10 F33.1 angegeben ( Urk. 8/9, Urk. 8/10, Urk. 8/19, Urk. 8/37, Urk. 8/38 ), welcher eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode,

bezeichnet. Eine mittelgradig depressive Episode wäre mit dem ICD-10 Code F32.1 zu bezeichnen und ist nur für eine einzelne depressive Episode zu verwenden. Weitere depressive Episoden sind einer der Unterformen der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) zuzuordnen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 9. Auflage, Bern 2014, S. 172). Diese Abgrenzung ist relevant, da mittelgradig depressive Episoden rechtsprechungsgemäss in der Regel als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens bezeichnet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014 E.

#### **E. 4.2**

Weiter wurde der Versicherten im

Arztbericht der B.\_\_\_\_ und im Arztbericht des D.\_\_\_\_ eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit emotionalen und histrionischen Anteilen diagnostiziert ( Urk. 8/9, Urk. 8/19 ). Die

IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 27. Februar 2014 ebenfalls vom Vorliegen dieser psychischen Störung aus ( Urk. 2 ). Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ stellten diese Diagnose hingegen nicht (vgl. Urk. 8/37). Eine Persönlichkeitsstörung kann sich durchaus in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_415/2013 vom 25. September 2013 ). Die IV-Stelle

fürhte in der Verfügung vom 27. Februar 2014 aus, die Persönlichkeitsstörung schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein, da sie seit Kindheit oder Jugend bestehe und die Versicherte in früheren Jahren habe arbeiten können ( Urk. 2) . Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich eine solche Persönlichkeitsstörung verstärkt und sodann die Arbeitsfähigkeit einschränkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_415/2013 vom 25. September 2013

E. 5.2) .

#### **E. 4.3**

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_

stellten die Differentialdiagnose eines basalen post traumatischen Syndroms im Sinne von ICD-10 F43.1 ( Urk. 8/37). Das Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.1 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ist aufgrund der bisher vorliegenden Arztberichte zu verneinen, da bei der Versicherten keine solche Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 208) . Eine basale posttraumatische Belastungsstörung wird in den Richtlinien nicht erwähnt , was auch Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ so ausführten, welche diesbezüglich Kritik an den Richtlinien übten (vgl. Urk. 37/4-7) . Von den anderen Ärzten wird diese Diagnose aber gar nicht erwähnt und selbst Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ führten sie lediglich als Differentialdiagnose auf, weshalb das Vorliegen dieser Störung zum jetzigen Zeitpunkt jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ist .

Im ärztlichen Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_

vom 10. Juli 2013 wurde zudem eine Angst- und Panikstörung mit Agoraphobie diagnostiziert ( Urk. 8/37). In den anderen Arztberichten , auch in den älteren Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_ selbst ( Urk. 8/10, Urk. 8/14/17-20 ,

Urk. 8/17), fehlt e

diese Diagnose , weshalb die IV-Stelle das Vorliegen dieser Störung in ihrer Verfügung vom 27. Februar 2014 verneinte ( Urk. 2) . Doch es sind in den

Arztberichten durchaus Hinweise auf Angst- und Panikanfälle der Versicherten vorhanden. So wurde mehrfach erwähnt, dass die Versicherte manchmal ihre Beine nicht mehr spüre und umfalle ( Urk. 8/10, Urk. 8/14/17-20, Urk. 8/17, Urk. 8/19, Urk. 8/38) . Entfremdungsgefühle , also Depersonalisation oder Derealisation , können bei einer Panikstörung nach ICD-F41.0 als Symptome der Angstattacken (Panik) auftreten (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 197 ) . Ob vorliegend eine Angst- und Panikstörung zu diagnostizieren ist oder ob die entsprechenden Symptome einer der anderen psychischen Störungen zugeordnet werden können, wurde nicht hinreichend abgeklärt. Sollte eine solche Störung vorliegen, wäre zudem deren allfälliger Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen.

#### **E. 4.4**

Weiter führte die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 27. Februar 2014 aus, dass massive psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen würden, welche von einem eigentlichen invalidisierenden Gesundheitszustand abzugrenzen seien ( Urk. 2) . Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste

im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Wo die begutachtende Person 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 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren jedoch zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbständigen Gesundheits-schaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

Vorliegend sind belastende soziale Faktoren (Trennung, Arbeitsbelastung Beziehung zu den Kindern usw.) aktenkundig. Deren allfälliger Einfluss auf die vorhandenen psychischen Störungen ist noch zu klären und die Abgrenzung dieser Faktoren von den psychischen Störungen ist noch vorzunehmen.

#### **E. 4.5**

Anzumerken ist, dass die Versicherte vom Abklärungsdienst der IV-Stelle am 12. Februar 2013 in ihrer Wohnung für eine Haushaltsabklärung besucht worden war und im Abklärungsbericht vom 29. April 2013 von

gesundheitsbedingten Einschränkungen in den Bereichen Ernährung, Wohnungspflege, Wäsche und Kleiderpflege sowie in der Kinderbetreuung ausgegangen wurde. Es wurde festgehalten, insgesamt bestehe im Haushaltbereich eine Einschränkung von 37,4% (Urk. 8/25).

Eine Haushaltsabklärung ist zwar keine medizinische Abklärung, jedoch durch aus ein Hinweis auf mögliche gesundheitsbedingte Einschränkungen. Im Übrigen ging auch der RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. April 2013 von einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus, wobei er der Versicherten im Rahmen der Schadenminderungs-pflicht

Massnahmen auferlegen wollte, um ihre Arbeitsfähigkeit um 20 bis 50% zu verbessern (Urk. 8/27/4).

Nicht zu überzeugen vermag der Hinweis im Feststellungsblatt vom 24. April 2013, die gesundheitlichen Beschwerden seien überwindbar, da während des stationären Aufenthaltes vom 9. Januar bis am 14. Februar 2012 eine Besserung des Zustands erfolgt sei (Urk. 8/27/4). Eine solche Besserung fand zwar statt, war jedoch bloss von kurzer Dauer (vgl. den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2012 = Urk. 8/14/17-20). Die von den psychiatrischen Fachärzten im Hinblick auf die gesundheitliche Entwicklung und die Arbeitsfähigkeit gestellten Prognosen verschlechterten sich zudem im Laufe der Zeit (Urk. 8/9, Urk. 8/10, Urk. 8/14/17-20, Urk. 8/17, Urk. 8/19, Urk. 8/38). 4.

#### **E. 5**

Am 10. Juli 2013 nahmen der behandelnde Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_ und der behandelnde Psychologe Dr. phil. A.\_\_\_\_ Stellung zum Vorbescheid der IV-Stelle. Sie wiesen darauf hin,

dass die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) leide, was eine eigenständige Diagnose darstelle. Weiter führten sie aus, dass bei der Versicherten eine ausgeprägte Frühstörung vorliege, welche während der gesamten Kindheit und Jugend sowie bis ins Erwachsenenalter hinein einen chronischen Verlauf gezeigt habe. Deshalb trete diese Störung als Spätfolge als basales posttraumatisches

Syndrom

(ICD-10 F43.1, wobei dieses in ICD-10 ungenügend klassifiziert sei) auf. Dabei führten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ das basale posttraumatische Syndrom als Differentialdiagnose auf. Ausserdem leide die Versicherte an einer Angst- und Panikstörung (ICD-10 F41.0) mit Agoraphobie (ICD-10 F40.0).

Zudem kritisierten sie, dass die IV-Stelle die verschiedenen Diagnosen getrennt abhandle, obwohl es sich um ein zusammenhängendes Syndrom handle, welches nicht auf seine Teile reduziert werden dürfe (Urk. 8/37). 3.

### **E. 5.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 700.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57; SR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3). Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Ferner hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Die Rechtsvertreterin der Versicherten hat in ihrer Honorarnote vom 28. Mai 2014 ohne nähere Spezifizierung einen Aufwand von 26.9 Stunden und Barauslagen von Fr. 242.10 aufgeführt und dazu ausgeführt, ihr sei bis und mit Beschwerdeeinreichung ein relativ grosser Aufwand entstanden (Urk. 10). Dieser Aufwand, insbesondere die mehr als achtzehn Stunden zum Verfassen der Beschwerdeschrift, erscheinen zu hoch. Es ist von einem Aufwand von insgesamt zwölf Stunden auszugehen und es sind die Auslagen von Fr. 242.10 zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessent - schädigung von Fr. 2 ' 900 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Silvia Bucher - 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Naef

## **E. 6**

Zusammenfassend erscheint die Schlussfolgerung der IV-Stelle in der Verfügung vom 27. Februar 2014 ( Urk. 2 ) , dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitszustand vorliege, nicht schlüssig, da einige der zur Diskussion stehenden psychischen Störungen

(rezidivierende depressive Störung, derzeitig mittelgradig; Persönlichkeitsstörung; Angststörung) grundsätzlich durchaus Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben können und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit , wie von der Versicherten zu Recht geltend gemacht , in einer alle psychischen Beschwerden berücksichtigenden Gesamt schau beurteilt werden muss. Basierend auf den bisher vorliegenden ärztlichen Berichten kann über den Anspruch auf eine Invalidenrente noch nicht entschieden werden, da sie bezüglich Diagnosen voneinander abweichen (vgl . E. 4.1-3 ) und im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowieso kaum je in Frage kommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Bei dieser widersprüchlichen Diagnosestellung, angesichts der komplexen psychischen Beschwerden sowie einer von sämtlichen bisher involvierten Fachärzten diagnostizierten Arbeitsunfähigkeit wäre die IV-Stelle verpflichtet gewesen, eine umfassende psychiatrische Begutachtung des Versicherten durchführen zu lassen. 4.

## **E. 7**

Indem die IV-Stelle auf weitergehende Abklärungen verzichtete, hat sie den medizinischen Sachverhalt nicht vollständig ermittelt. In derartig gelagerten Fällen, bei welchen sich nicht beweisrechtlich gleichermassen valide Gutachten mit unterschiedlichen Schlussfolgerungen gegenüberstehen, ist nach wie vor eine Rückweisung an die Verwaltung angezeigt ( vgl.

BGE 1 37 V 210 E. 4.4). Die Sache ist folglich an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie ein verlässliches und umfassendes psychiatrisches Gutachten zur Feststellung der psychischen Beschwerden und zu deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten erstellen lasse. Angesichts der nötigen Rückweisung erübrigt sich die Einvernahme der von der Versicherten offerierten Zeugin, Psychologin lic. phil. E.\_\_\_\_ vom D.\_\_\_\_ (Urk. 1 S.

**E. 9**

), da die Frage, ob eine Angststörung vorliegt, fachpsychiatrisch zu klären sein wird. 4. 8

Die Beschwerde ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle vom 27. Februar 2014 aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgten Abklärungen über den allfälligen Rentenanspruch neu verfüge. 5.

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