

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00407 vom 20. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00407](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00407)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00407 du 20 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00407 del 20 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1969, meldete sich am 19. November 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen) an (Urk. 2/6/3 Ziff. 6.1-4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte unter anderem ein psychiatrisches Gutachten ein, welches am 23. Dezember 2010 erstattet wurde (Urk. 2/6/19) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 2/6/23, Urk. 2/6/37; Urk. 2/6/47, Urk. 2/6/53) mit Verfügung vom 19. Januar 2012 (Urk. 2/2) einen Leistungsanspruch, was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 20. September 2013 im Verfahren Nr. IV.2012.00244 bestätigt wurde (Urk. 2/22).

### **E. 2**

Das Bundesgericht hiess mit Urteil vom 27. März 2014 (Urk. 1) die gegen das kantonale Urteil erhobene Beschwerde teilweise gut (S. 10 Ziff. 1) und wies die Sache zur Einholung eines psychiatrischen (Ober-) Gutachtens an das hiesige Gericht zurück (S. 9 E. 5.4.3).

Das Gericht holte sodann das vom Bundesgericht angeordnete Gutachten ein, das - nach mehreren gescheiterten Auftragsvergaben (vgl. Urk. 10, Urk. 25, Urk. 35) und einer Klarstellung hinsichtlich der Kompetenz der in Aussicht genommenen Gutachter (Urk. 45) - am 9. März 2016 von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Oberärztin, und Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Leitender Arzt Versicherungsmedizin, A.\_\_\_\_, erstattet wurde (Urk. 50).

Die Beschwerdegegnerin nahm am 4. Mai 2016 zum Gerichtsgutachten Stellung und warf verschiedene Fragen auf (Urk. 61). Die Beschwerdeführerin reichte am 27. Juni 2016 eine Stellungnahme ihrer behandelnden Psychiaterin ein (Urk. 67). Zu der ihnen vom Gericht unterbreiteten Ergänzungsfrage nahmen die Gutachterin und der Gutachter am 28. Juli 2016 Stellung (Urk. 71), was den Parteien am 9. August 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 72).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die massgebenden rechtlichen Grundlage sind bereits im Urteil vom 20. September 2013 dargelegt worden (Urk. 2/22 S. 3 ff. E. 1), worauf verwiesen wird.

### **E. 2.1**

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Oberärztin, und Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Leitender Arzt Versicherungsmedizin, A.\_\_\_\_, erstatteten ihr Gutachten im

Auftrag des Gerichts am 9. März 2016 ( Urk. 50).

Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 45 ff.), die von ihnen am 15. Dezember 2015 und 6. Januar 2016 erhobenen Befunde (S. 58 ff.) sowie Test- und Laborergebnisse (S. 60 f.).

### **E. 2.2**

Die Gutachterin und der Gutachter stellten die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 61 f. lit . a): - schwere depressive Episode, chronifiziert , derzeit der Kategorie F32.2 der ICD-10 Klassifikationen entsprechend - Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -Handlungen gemischt (ICD-10 F42.2) - nicht näher bezeichnete Angststörung (ICD-10 F41.9) - Differentialdiagnose (DD) psychosenaher Prozess, z.B. Schizophrenia

simplex (ICD-10 F20.6) - DD psychische Symptomatik im Rahmen einer Systemerkrankung - Persönlichkeit mit ängstlichen, abhängigen und zwanghaften Zügen (ICD-10 73.1)

Zu den Diagnosekriterien führten sie aus (S. 62 ff.): Im Vordergrund des klinischen Bildes findet sich ein seit Jahren bestehendes depressives

Syndrom ohne sichere Hinweise auf eine organische Verursachung bzw.

manische/hypomanische Episoden in der Anamnese. Die Erkrankung kann nicht auf den Missbrauch psychotroper Substanzen zurückgeführt werden. Somit sind die allgemeinen Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-IO Klassifikation erfüllt (G 1 -G

### **E. 2.3**

In der Beurteilung führten sie unter anderem aus, beim geschilderten schweren Beschwerdebild seien mehrere Defizite in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen, die sich unter Bezugnahme auf das Mini-ICF-APP wie folgt darstellten (S. 71 f.): Die Fähigkeit der Explorandin, sich an Regeln und Routinen anzupassen, sehen wir als reduziert. Sie ist zwar pünktlich zu beiden Untersuchungsterminen gekommen, wir gehen jedoch davon aus, dass es zwar sporadisch möglich, nicht jedoch bei einer regelmässigen Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erwarten ist. Die Fähigkeit, die Aufgaben zu planen und zu strukturieren, sehen wir als hochgradig gestört. Der Explorandin gelingt es nicht, eine Tagesstruktur selbstständig aufrecht zu erhalten, bzw. sich regelmässig zu pflegen. Es ist nicht davon auszugeben, dass sie bei dermassen reduziertem Antrieb eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausführen kann. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sehen wir im Rahmen der beschriebenen kognitiven Einschränkungen als reduziert. Auch die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sind im Rahmen der erkennbaren Depression beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit der Explorandin ist aufgrund der ausgeprägten Antriebsstörung mit erhöhter Schlafneigung im Rahmen der Grunderkrankung deutlich reduziert. Dies zeigte sich auch während der Exploration. Die Selbstbehauptungsfähigkeit ist bei der Explorandin reduziert, sie wird durch das Insuffizienzerleben im Rahmen der affektiven Erkrankung negativ beeinflusst. In ihrer Kontaktfähigkeit zu Dritten und in der Gruppenfähigkeit sehen wir die Explorandin mit psychomotorischer Hemmung und verflachtem Affekt als relevant beeinträchtigt. Im Bereich der Spontanaktivitäten bestehen stark reduzierte Fähigkeiten. Die Versicherte hat mehrere zuvor ausgeführte Aktivitäten wie Sport, Besuch von Gruppenaktivitäten, Ausgehen abgebrochen, es besteht ein

zunehmender sozialer Rückzug. Die Fähigkeit zur Selbstpflege ist reduziert, die Explorandin berichtet, die Körperpflege falle ihr schwer, meistens müsse sie von den Eltern motiviert werden, sich zu duschen.

Ferner führten sie aus, das Krankheitsbild sei in der Vergangenheit diagnostisch unterschiedlich eingeschätzt worden. Es sei möglich, dass eine ungewöhnliche Symptomkombination einerseits und Schwankungen im Verlauf andererseits diese Unterschiede in der Beurteilung bedingt hätten. Im Wesentlichen stimmten sie mit der Einschätzung von PD Dr. B.\_\_\_\_, Dr. C.\_\_\_\_ und Prof. Dr. D.\_\_\_\_ darin überein, dass eine schwere psychische Erkrankung mit im Vordergrund stehender Depression, Zwang- und Angstsymptomatik vorliege (S. 72 unten). Mit der diagnostischen Einschätzung im Gutachten der Dres. E.\_\_\_\_ stimmten sie nicht überein (S. 73 oben). Sie sähen das Krankheitsbild im Längsschnitt im Abgleich mit den aktuell durchgeführten Explorationen als konsistent an (S. 73 unten). Es handle sich um eine schwere psychische Erkrankung bei einer Versicherten, die in ihrem Leben durch den von aussen vorgegebenen Rahmen mehrfach schwer frustriert worden sei (doppelte Entwurzelung) und deren Persönlichkeitsressourcen bei vorbestehender akzentuierter Struktur nicht gereicht hätten, die damit entstandenen Aufgaben zu bewältigen (S. 73 f.). Weiter führten sie aus (S. 74): Als Zeichen der Überbelastung hatten sich zunächst schleichend somatoforme Beschwerden entwickelt, bei Zunahme der Belastung (Erwerbstätigkeit neben dem Studium, Konfrontation mit schweren Verbrechen) kam es zu einer Dekompensation, die sich auf der syndromalen Ebene mit Angst, Zwang, Depression sowie teilweise auch mit psychotisch anmutenden Symptomen äusserte. Die therapeutische Hilfe wurde jahrelang in Anspruch genommen, mehrere Medikamente wurden eingesetzt und eingenommen. Zu einer stabilen Remission ist es nicht gekommen. Ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt ist als einer der aufrecht erhaltenden Faktoren im Krankheitsverlauf zu vermuten. Seit Jahren besteht ein erheblicher sozialer Rückzug mit einem regressiven, durch Vermeidung gekennzeichneter Verhalten. Die Art der Lebensführung ist hoch pathologisch, in der Lebensgestaltung zeigt sich ein erheblicher neurotischer Anteil. In der aktuellen Untersuchung zeigt die Explorandin trotz mehreren Krankheitssymptomen eine Aufmerksamkeit im Gespräch, sie wirkt zwar emotional unbeteiligt, jedoch von der Aufmerksamkeit her präsent, kann sich auf die Fragen gut konzentrieren, sie gezielt beantworten, ihre Symptome und den Krankheitsverlauf präzise schildern. Es mag sein, dass diese ungewöhnliche Symptomkonstellation zu unterschiedlichen Beurteilungen in der Vorgeschichte führte. Wir sehen trotz dieser Diskrepanzen das Vorliegen einer schweren psychischen Störung mit Krankheitswert als gegeben, wobei die Differentialdiagnostik nicht abschliessend zu beurteilen ist und weiter in der Behandlung evaluiert werden sollte. 2.4

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachterin und der Gutachter aus, in Anbetracht der Vorgeschichte, des Tagesablaufes und des aktuellen psychopathologischen Befundes gingen sie davon aus, dass eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt derzeit aufgrund der Antriebs- und der Konzentrationsstörung sowie der schnellen Reizüberflutung nicht möglich sei. Eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen von maximal zwei Stunden täglich (ca. 25 %) erscheine möglich. Sollte diese Tätigkeit im oben genannten Zeitraum gelingen, könnte sie im geschützten Rahmen weiter ausgebaut werden (S. 72 Mitte).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Arbeitsfähigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz, derzeit höchstens zwei Stunden täglich, sei möglich. Es sei nicht auszuschliessen, dass diese im weiteren

Verlauf ausgebaut werden könne (S. 74 f. Ziff. 1).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aufgrund von einer starken Antriebsstörung, Ablenkung durch dysfunktionale Kognitionen, Zwangsgedanken und -Handlungen, Ängste, sowie durch die psychomotorische Hemmung und gestörte Durchhaltefähigkeit. Diese Beeinträchtigungen würden sich sowohl in der Tätigkeit als Dolmetscherin, als auch als Übersetzerin oder Kauffrau bemerkbar machen und diese verunmöglichen. Es sei nicht ausgeschlossen, dass nach einem stabilen Training im geschützten Rahmen eine Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erreicht werden könne. Diese Prognose sei jedoch unsicher (S. 75 Ziff. 2).

Zum Verlauf führten sie aus, sie gingen davon aus, dass seit 2007, also auch zwischen Mai 2010 und Januar 2012, eine schwere komorbide depressive Erkrankung mit Depression, Zwang und Angst wechselnder Ausprägung bestanden habe. Differentialdiagnostisch komme eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in Frage (S. 76 Ziff. 3).

### **E. 2.5**

Nach Eingang des Gutachtens wies der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) unter anderem darauf hin, dass sich kein Spiegel zum Medikament Temesta finde. Einige der beschriebenen Befunde könnten durchaus auch der Wirkung von Benzodiazepinen entspringen. Solange dies nicht geklärt sei, könnten diese Symptome nicht als Beleg für eine schwere depressive Störung herangezogen werden. Möglicherweise hätten die Gutachter hier ein medikamentöses Artefakt beschrieben (Urk. 62 S. 3 Ziff. 7).

Dazu nahmen die Gutachterin und der Gutachter wie folgt Stellung (Urk. 71 S.

1): Nach klinischer Erfahrung beider Gutachter entsprach der psychopathologische Befund nicht dem einer Benzodiazepin-Intoxikation. Auch die Laborbefunde sprachen gegen eine Intoxikation. Im Urin Screening auf suchterzeugende Substanzen (...) ergab das Screening auf Benzodiazepine einen negativen Befund. Da es sich hier um eine zuverlässige Laboruntersuchung handelt (Sensitivität im genannten Test bei allen Substanzen zirka 97.4 % laut Hersteller), wurde auf die Bestimmung des Benzodiazepinspiegels im Blut verzichtet. Da sich weder klinisch noch laborchemisch Hinweise auf Benzodiazepin-Intoxikation zeigten, erachten wir weitere Fragen bezüglich deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als irrelevant. 2.

### **E. 3**

).

Die Versicherte berichtet über die depressive Verstimmung mit wiederholtem Weinen und verminderter Fähigkeit, emotional zu reagieren (auch in der Untersuchungssituation deutlich emotional verflacht, minimale emotionale Reagibilität jedoch vorhanden), Interessensverlust an früheren Aktivitäten (Lesen, PC, Sport, Teilnahme an Folklöregruppe, Ausgehen), Vernachlässigung der Körperpflege sowie eine ausgeprägte Antriebsstörung mit gesteigerter Ermüdbarkeit und Morgentief (kann kaum vor 11 Uhr aufstehen, muss nach kurzer Zeit selbst leichte Hausarbeiten abbrechen und Pause machen, Hausarbeit gelingt nur ein- bis zweimal pro Woche). Somit sehen wir die drei

diagnostischen Hauptkriterien einer depressiven Episode nach ICD- 10 (B 1 -3) als erfüllt. Darüber hinaus finden sich sieben weitere Nebenkriterien ( C 1-7) wie Verlust des Selbstvertrauens (berichtet, sie habe Vertrauen in sich verloren), Schuldgefühle (überlegt sich, was sie falsch gemacht habe und ob sie neben dem Studium nicht hätte arbeiten sollen), Suizidgedanken (manchmal wolle sie „einfach weg sein“), Konzentrationsstörungen (kann keine Bücher mehr lesen, sei vergesslich), psychomotorische Hemmung (in der Untersuchungssituation deutlich objektivierbar), Schlafstörungen (unruhiger Schlaf, Durchschlafstörungen, Alpträume, verlängerte Schlafdauer bis 12 Stunden pro Tag), Appetitstörung („fades Gefühl im Mund“, „keine Freude am Essen“, „Essen schmeckt nicht“). Zusammengefasst (drei Hauptsymptome und sieben zusätzliche Symptome) ergibt sich die Gesamtzahl von 10 Symptomen, was einer schweren depressiven Episode nach ICD-10-Klassifikation entspricht. Das klinische Gesamtbild wurde laut Akten zum Teil als sogenannte atypische Depression nach DSM-IV erfasst. Da die diagnostische Zuordnung im Vorfeld der Begutachtung eine strittige Frage darstellte, möchten wir an dieser Stelle das Konzept erwähnen. Die Definition der atypischen Depression nach DSM-IV erfordert, dass die affektive Schwingungsfähigkeit vorhanden ist, d.h. Stimmung hellt sich bei aktuellen oder möglichen positiven Ereignissen auf (...). Diese Fähigkeit, sich zu freuen, wird in der aktuellen Exploration als minimal vorhanden dargestellt: Die Explorandin berichtet, sie habe Spass am Kaffeetrinken an guten Tagen, mehrheitlich wird die Stimmung jedoch als bedrückt beschrieben. In der Untersuchungssituation kam ein paar Mal ein schwaches Lächeln zum Vorschein, so dass formal eine gewisse minimale Reagibilität der Stimmung vorhanden war, und das Hauptkriterium (A) der atypischen Depression nach DSM-IV berücksichtigt werden kann. Des Weiteren sollten mindestens zwei von vier Nebenkriterien erfüllt sein: Deutliche Gewichtszunahme oder gesteigerter Appetit (1), Hypersomnie (2), bleierne Schwere, v.a. in den Extremitäten (3), Überempfindlichkeit gegenüber der Zurückweisung (4) (Kriterium B). (...) In der Zusammenschau aller oben genannten Besonderheiten des klinischen Bildes erscheint das Vorliegen einer atypischen Depression nach DSM-IV sehr wahrscheinlich. Unseres Erachtens widerspricht es derzeit nicht der ICD-10 Diagnose F32.2, da deren Kriterien sicher erfüllt sind. Die Zwangssymptomatik erfüllt im Wesentlichen die ICD- 10 Kriterien für eine Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (ICD- 10 F 42.2). (...) Da der gesamte Verlauf der Zwangsstörung sich konsistent darstellt und alle anderen Kriterien der Zwangsstörung nach ICD- 10 erfüllt sind, erlauben wir uns, diese Diagnose zu stellen. Die Ängste, die von zahlreichen vegetativen Erscheinungen begleitet werden, beziehen sich auf den Inhalt der Zwangsgedanken, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause, Aufenthalt in Menschenmengen, einen möglichen Verlust der Angehörigen und Vorstellung von Gewalttaten. Es werden auch Panikattacken beschrieben. Wir führen diese vielfältige Angstsymptomatik unter der Rubrik „nicht näher bezeichnete Angststörung“ auf. (...) Im Längsschnitt finden sich Hinweise auf ängstliche, abhängige und zwanghafte Züge (...), das Funktionsniveau ist jedoch lange Jahre erhalten gewesen, so dass wir von einer Persönlichkeitsakzentuierung und nicht von einer Persönlichkeitsstörung ausgehen.

### **E. 3.1**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 3.2**

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abwei chen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine

a bweichende Beurteilung kann ferner gerecht fertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichts gutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergeb nis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa ).

### **E. 3.3**

Der Versicherungsträger ist nicht verpflichtet, einem Gutachter allfällige Ergän zungsfragen ( der versicherten ) Person unbesehen ihrer Quantität und Qualität zur Beantwortung vorzulegen ; er darf sich vielmehr darauf beschränken, ledig lich die für den Einzelfall erheblichen Fragen weiterzuleiten. Verwaltung oder Gericht können von der Beantwortung von Ergänzungsfragen durch den Experten absehen, wenn davon keine neuen Erkenn tnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_386/2014 vom 6. Oktober 2014 E.

#### 4.3 ). 4. 4.1

Das Gerichtsgutachten ( Urk. 50) basiert auf einer ausführlichen Darstellung der Aktenlage (S. 2-45) , zwei Explorationsgesprächen von einmal 3 Stunden und einmal 2 Stunden 40 Minuten Dauer (S. 58 f.), verschiedenen Testverfahren (S.

61 oben) und Laboruntersuchungen (S. 61 lit . d). Gestützt auf die beiden Explorationen wurden die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin referiert (aktuelle Beschwerden, eigene Beschreibung der Persönlichkeit, Zukunftserwar tungen , Krankheitskonzept, eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, Vorge schichte der aktuellen Beschwerden, aktuelle Lebenssituation, Medikation, per sönliche Anamnese) und die in der Untersuchung erhobenen Befunde dargelegt (S. 45-61).

Die gestellten Diagnosen wurden einlässlich begründet (vorstehend E. 2.2). Insbesondere wurde dargelegt, aufgrund welcher der erhobenen Befunde eine schwere depressive Episode diagnostiziert wurde, und warum auch eine so ge nannte atypische Depression gemäss DSM-IV diagnostiziert werden könnte. Ebenso wurde dargelegt, gestützt worauf eine Zwangsstörung (S. 64) und eine nicht näher bezeichnete Angststörung (S. 65 oben) diagnostiziert wurde n . Schliesslich wurde darauf hingewiesen, dass ein psychosenaher Prozess wie beispielsweise eine Schizophrenia

simplex

(S. 65)

wie auch eine organisch-neurologische Erkrankung (S. 66 oben) nicht auszuschliessen sei  
en , was die entsprechende n Differentialdiagnose n begründete.

In der Beurteilung (S. 66-72) wurde einlässlich dargelegt, inwiefern von einem schweren  
Krankheitsbild mit psychiatrisch interagierenden komorbiden Störungen auszugehen sei (S.  
71 unten) , und es wurden die sich daraus ergebenden Defizite in Bezug auf die  
Arbeitsfähigkeit unter Bezugnahme auf die Kategorien des Mini-ICF-APP dargelegt.  
Sodann wurde die im Gutachten erfolgte Einschätzung im Vergleich zu früheren  
Beurteilungen diskutiert, wobei sich -

mit einer Ausnahme - eine Übereinstimmung mit den früheren Einschätzungen der  
Arbeitsfähigkeit ergab (vorstehend E. 2.3).

Schliesslich wurde ausgeführt, dass und warum die Arbeitsfähigkeit auf maximal zwei  
Stunden täglich im geschützten Rahmen zu veranschlagen sei, dies seit 2007. Es sei nicht  
ausgeschlossen, dass nach einem stabilen Training im geschützten Arbeitsmarkt eine  
Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erreichen sei, diese Prognose sei  
jedoch unsicher

(vorstehend E.

2.4) . 4.2

Der RAD-Arzt warf unter anderem die Frage auf, warum kein Blutspiegel des  
Medikamentes Temesta erhoben worden sei, dies verbunden mit der These, die Gutachterin  
und der Gutachter könnten die Erscheinungen einer Benzodiazepin-Intoxikation mit den  
Symptomen einer depressiven Störung verwechselt haben. Diese erklärten dazu, auf die  
Bestimmung des Benzodiazepinspiegels im Blut sei verzichtet worden, da weder klinisch  
noch laborchemisch entsprechende Hinweise vorgelegen hätten (vorstehend E. 2.4).

Die Erklärung der Gutachterin und des Gutachters überzeugt vollumfänglich. Dass der  
RAD-Arzt die Frage aufgeworfen hat, lässt sich nachvollziehen. Die dafür angegebene  
Begründung hingegen muss als zumindest grenzwertig bezeichnet werden, wurde doch  
damit der Gutachterin und dem Gutachter unterstellt, sie seien dermassen inkompetent,  
dass sie die Symptome einer Depression und die Wirkungen eines Medikamentes nicht  
voneinander unterscheiden könnten und eine entsprechende Verwechslung nicht einmal  
bemerken würden.

4.3

Die weiteren vom RAD-Arzt aufgeworfenen Fragen (vorstehend E. 2.5) hat das Gericht der  
Gutachterin und dem Gutachter nicht unterbreitet. Dies hat zwei Gründe. Wenn erstens  
rechtsprechungsgemäss keine absolute Verpflichtung besteht, von der versicherten Person  
gestellte Ergänzungsfragen unbesehen ihrer Qualität den Gutachterinnen und Gutachtern  
weiterzuleiten (vorstehend E.

3.3), so hat dies konsequenterweise auch für Fragen zu gelten, die von den Parteien nach  
Erstattung eines Gerichtsgutachtens eingebracht werden. Dies trifft - zweitens - für die von  
der Beschwerdegegnerin eingebrachten Fragen zu: Antworten auf diese Fragen ergeben  
sich bereits aus einer aufmerksamen Lektüre des Gutachtens; eine solche vorausgesetzt,  
würden sie sich gar nicht stellen. Von ihrer Beantwortung durch die Gutachterin und den  
Gutachter wären dementsprechend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten gewesen.

Im Gutachten wurde etwa sehr wohl zwischen anamnestischen Angaben und objektiven Beobachtungen unterschieden; die entsprechende Frage unterstellt dem Gutachten einen Mangel, der - trüfe er zu - unter Kompetenzgesichtspunkten gravierend wäre. Die Diagnose einer Zwangsstörung gründete keineswegs - wie in der Frage der Beschwerdegegnerin insinuiert - ausschliesslich auf einem allfälligen Waschzwang (vgl. S. 48); ob ein solcher in der je rund drei stündigen Untersuchungssituation zu beobachten gewesen sei, ist deshalb irrelevant. Bei weiteren von der Beschwerdegegnerin thematisierten Aspekten (Symptome von Müdigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit und Schwindel, Beobachtungen zu Schmerz und Atembeschwerden, Erörterung des sekundären Krankheitsgewinnes und der Anstrengungsbereitschaft) sodann ist nicht ersichtlich, welchen Einfluss nähere Angaben dazu auf die Schlüssigkeit des Gutachtens haben sollten.

Schliesslich vermisste die Beschwerdegegnerin eine „differenzierte Darstellung des positiven Funktionsbildes und den auffallenden Inkonsistenzen“. In Kenntnis des Gutachtens fällt es nicht leicht, diese Mängelrüge zum Nennwert zu nehmen. Denn wenn die Beurteilung zum Schluss führt, dass lediglich die im Gutachten genannte minimale Restarbeitsfähigkeit besteht, ist nicht ersichtlich, worin ein positives Leistungsbild denn noch bestehen könnte. Und wenn im Rahmen der Begutachtung keine nennenswerten Inkonsistenzen zu erheben waren, ist nicht ersichtlich, inwiefern - nicht festgestellte - Inkonsistenzen differenzierter darzustellen gewesen wären. 4.4

Eine unbefangene Würdigung des Gerichtsgutachtens (vorstehend E. 4.1) ergibt, dass dieses alle praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 3.1) vollumfänglich erfüllt. Darüber hinaus sind die auf einer detailnahen Ebene angesiedelten und insgesamt doch eher kleinteiligen kritischen Anmerkungen der Beschwerdegegnerin nicht geeignet, seine Qualität und Schlüssigkeit

(vgl. vorstehend E. 3.2) in Frage zu stellen.

Dementsprechend ist auf das Gerichtsgutachten abzustellen und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt seit 2007 auszugehen.

Damit beträgt der Invaliditätsgrad 100 % und es besteht gemäss Art. 28a Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Anspruch auf eine ganze Rente. 4.5

Die Anmeldung der Beschwerdeführerin datiert vom 19. November 2009 (Urk. 2/6/3).

Nach Massgabe von Art. 29 IVG entstand somit der Anspruch auf eine ganze Rente am 1. Juni 2010.

Mit dieser Feststellung ist, in Gutheissung der Beschwerde, die angefochtene Verfügung aufzuheben.

## **E. 6**

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

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

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

### **E. 6.1**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Gemäss verbindlicher Feststellung des Bundesgerichts war der Entscheid wesentliche Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Die Kosten von Fr. 16'737.-- für das Gerichtsgutachten ( Urk. 57) sind deshalb von der Beschwerdegegnerin der Gerichtskasse zurückzuerstatten.

### **E. 6.3**

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.- - (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise und in Anlehnung an die vom Bundesgericht zugesprochene Entschädigung auf Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Januar 2012 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2010 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 16'737.-- zu erstatten. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 5.

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)

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