

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00132 vom 31. März 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00132)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00132 du 31 mars 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00132 del 31 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1978 geborene X.\_\_\_\_ absolvierte an der Y.\_\_\_\_ das Studium der Maschineningenieurwissenschaften (samt höherem Lehramt) und war zu letzt als Sachverständige Anlagebetreiber Support beim Z.\_\_\_\_

mit einem Pensum von 80 % erwerbstätig (Urk. 8/19/12-14) . Im Rahmen einer beruflichen Neuorientierung dozierte sie ab August 2011 ein Jahr lang mit einem Pensum von 40 % an einer Fachhochschule und baute daneben eine selbständige Erwerbstätigkeit im Bereich Web- und Printdesign auf (Urk. 8/11 S. 2, Urk. 8/19/15) . Am 19. Februar 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf eine seit Anfang 2012 bestehende generalisierte Angststörung, Panikstörung und rezidivierende depressive Störung bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/5) . Nach Durchführung von Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 3. November 2014

unter Hinweis auf die Überwindbarkeit der psychischen Beschwerden die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/25) . Nach Eingang der Stellungnahme der Versicherten vom 2. Dezember 2014 (Urk. 8/29) verfügte sie am 18. Dezember 2014 im angekündigten Sinne (Urk. 2) .

### **E. 1.2**

Die Beschwerdeführerin rügt, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2014 die im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwendungen (Urk. 8/29) fast gänzlich ausgeblendet und lediglich pauschal auf die Überwindbarkeit als Rechtsfrage hingewiesen habe (Urk. 1 S.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdegegnerin räumte in der Verfügung vom 18. Dezember 2014

ein, dass laut dem vom BVG-Versicherer eingeholten Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. März 2014 (Urk. 8/16) gesundheitliche Einschränkungen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit in subjektiver Hinsicht einschränkten. Aufgrund ihrer Abklärungen gehe sie jedoch davon aus, dass diese Einschränkungen überwindbar seien, weshalb mit einer zumutbaren Willensanstrengung die angestammte Tätigkeit zu 100 % ausgeübt werden

könne. Weiter hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass die Beschwerden nicht ausreichend behandelt würden. Eine regelmässige fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie inklusive adäquater Pharmakotherapie werde dringend empfohlen, sei laut dem

Gutachten zumutbar und nach Ansicht des Fachpsychiaters vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) auch unentbehrlich. Zu den von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwänden wies die Beschwerdegegnerin auf die rechtliche Natur der Überwindbarkeitsprüfung sowie auf die Rechtsprechung zur Aufgabenteilung zwischen Arzt und Rechtsanwender bei der Prüfung der zumutbaren Leistungsfähigkeit hin (Urk. 2 S. 1 f.).

#### **E. 1.4**

Zwar äusserte sich die Beschwerdegegnerin nicht ausdrücklich zu der von der Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 2. Dezember 2014 geltend gemachten Nichtanwendbarkeit der Überwindbarkeitspraxis beziehungsweise der Förster-Kriterien (Urk. 8/29 S. 4 f.). Dies war aber auch nicht nötig, prüfte sie doch die Überwindbarkeit nicht nach der damaligen Rechtsprechung zu den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne organische Grundlage (PÄUSBONOG), sondern allgemein nach Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG, wonach eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Mit dem Hinweis auf die Zuständigkeit des Rechtsanwenders für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahm sie sodann indirekt zu der von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren beantragten Begutachtung Stellung (Urk. 8/29 S. 6). Bei Verneinung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens erübrigte sich

eine Stellungnahme zu den Ausführungen der Beschwerdeführerin über die Invaliditätsbemessung (vgl. Urk. 8/29 S. 6 f.). Schliesslich gab die Beschwerdegegnerin bekannt, gestützt auf welchen Quellen sie die von der Beschwerdeführerin bestrittene (Urk. 8/29 S. 7 ff.)

Zumutbarkeit einer Psychopharmakotherapie angenommen hatte.

Dadurch ist die Beschwerdegegnerin den an Verfügungen der Massenverwaltung gestellten Anforderungen

wenn auch teilweise formelhaft

genügend nachgekommen, weshalb die Verfügung vom 18. Dezember 2014 unter dem Gesichtspunkt des Grundsatzes des rechtlichen Gehörs nicht zu beanstanden ist. 2.

#### **E. 2**

Am 30. Januar 2015 erhob X.\_\_\_\_ Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer Invalidenrente, eventualiter um Einholung eines Gerichtsgutachtens zur Frage der Zumutbarkeit einer psychopharmakologischen Behandlung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. März 2015 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Replicando hielt die Beschwerdeführerin am 19. Mai 2015 am gestellten Rechtsbegehren fest (Urk. 12). Mit Eingabe vom 26. Juni 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 16), worüber die Beschwerdeführerin am 24. August 2015 orientiert wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1. 1.1

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs.

### **E. 2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 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. 2 ATSG).

### **E. 2.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 so weit 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. 2.3**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

### **E. 2.4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 2.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können.

nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 3 .

Wie bereits erwähnt, verneint die Beschwerdegegnerin die Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin mit der Begründung , dass die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen überwindbar seien (Urk. 2).

Aufgrund der guten Ressourcen könne es der Beschwerdeführerin zugemutet werden, trotz der überwiegend leichtgradigen

Einschränkungen zu arbeiten. Ausserdem bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, die invalidenversicherungsrechtlich nicht berücksichtigt werden dürften. Schliesslich habe sich der Gesundheitszustand bereits gebessert und bei Behandlung nach den fachlichen Leitlinien sei eine deutliche Symptomreduktion zu erwarten, weshalb nicht von einem langandauernden und erheblichen Gesundheitsschaden im Sinne des IVG auszugehen sei (Urk. 7).

Demgegenüber wiederholt die Beschwerdeführerin zunächst die im Vorbescheidverfahren vorgebrachte Einwendung , dass kein PÄUSBONOG vorliege (Urk. 1 S. 9 f.) . Weiter stellt sie sich auf den Standpunkt, dass an den fachärztlichen Einschätzungen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht zu zweifeln sei (Urk. 1 S. 10 f.). Selbst bei Indikation zur Medikation wäre sie gemäss Aussage des RAD im Idealfall noch immer klar in rentenbegründender Weise invalid . Zur rechtsgenügenden Klärung dieser Frage sollte eine Gerichtsexpertise durchgeführt werden (Urk. 1 S. 15). Im Verfahren (Urk. 12) stellt sie ein hohes Aktivitätsniveau genau so in Abrede wie gute Ressourcen, die es ihr ermöglichen, arbeiten zu gehen (S. 3 f.). Sie bestritt zudem, dass psychosoziale Faktoren im Vordergrund stünden beziehungsweise das Beschwerdebild mitbestimmten (S. 4) und dass von einer Behandlung nach fachlichen Leitlinien eine Symptomreduktion zu erwarten sei (S. 4 f.). 4 . 4.1

Vom 18. Juli bis 20. August 2012 und wiederum vom 24. August bis 8. Oktober 2012 war die Beschwerdeführerin in der B.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 5. November 2012 (Urk. 8/12/3-6) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1) : - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge

Laut Bericht äusserte sich die Beschwerdeführerin ablehnend bezüglich einer psychopharmakologischen Behandlung und bevorzugte eine phytotherapeutische Behandlung inklusive Vitaminabgabe. Aufgrund einer gewissen Hospitalisationsmüdigkeit sei die Hospitalisation

fraktioniert worden. Im Verlauf sei es zu einer sukzessiven Reduktion der Angstzustände mit Ausbrüchen von Panikattacken gekommen (S. 3f.) . 4.2

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ vom Stoffwechsellabor der D.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 29. September 2013 (Urk. 8/12/9-10) folgende Diagnosen: 1. Insulinresistenz 2. Manifeste Vitamin D-Mangel 3. Adrenale

Hyperandrogenämie 4. Angststörung

Sodann empfahl er der Beschwerdeführerin, bei der begonnenen Therapie der komplexen Stoffwechselsituation und der Insulinresistenz bei Adipositas und willentlicher Gewichtsabnahme möglichst auf die Einnahme von Psychopharmaka bei der vorbekannten Angststörung zu verzichten, wenn dies möglich sei . 4.3

Im vertrauensärztlichen Gutachten vom 20. März 2014 (Urk. 8/16) an den BVG-Versicherer stellte die Psychiaterin Dr. A. \_\_\_\_

folgende Diagnosen (S. 8): - Schwere Angstsymptomatik ähnlich einer generalisierten Angststörung bei ursprünglich Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störung, ggw . m ittelschwer, mit atypischer depressi ver Symptomatik (ICD-10 F33.1)

Weiter führte die Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin beklage in erster Linie Ängste, die sie vor allem als sie beunruhigende körperliche Symptome wahrnehme wie permanente Anspannung, Zittern, Schwindel- und Schwäche gefühle, Übelkeit, Herzklopfen und Atemnot. Bei stärkerer Ausprägung komme die Angst dazu, es nicht auszuhalten oder sogar „ am Herz zu sterben oder zu ersticken “ . Diese Ängste träten ausserhalb der Wohnung verstärkt auf, insbe sondere vor Terminen und Verpflichtungen, aber auch zuhause, wo sie sich gegen Abend verstärkten. Die Beschwerdeführerin habe keine eigentlichen Panikattacken mehr. Des Weiteren beschreibe sie ein depressives Syndrom mit fast durchgehender Freudlosigkeit, Interessenverlust, massiven inadäquaten Schuldgefühlen (vor allem der Mutter gegenüber), Lebensüberdruss, erhöhtem Schlafbedürfnis, Antriebsminderung, verstärkter Erschöpfbarkeit und deswegen sehr geringer Leistungsfähigkeit (S. 9).

Ihre ausführlichen Begründungen, weshalb sie die Einnahme von Psychophar maka strikte ablehne, beinh a lten grosse Angst vor Nebenwirkungen, „nicht so werden, wie die Mutter“, die Überzeugung, sich bei rascher Besserung sogleich wieder aufzuopfern und zu übernehme n, und zu guter Letzt ihre Stoffwechsel störung. Bei ihren mit Engagement vorgebrachten Ausführungen seien hinter gründig enorme Ängste vor Überforderung spürbar. Zweifellos spielten geneti sche Faktoren betreffend Angst und Depression eine wichtige ursächliche Rolle. Die seit längerer Zeit dominierenden Leiden erlaubten derzeit keine Beurteilung der Persönlichkeit. Sicher lägen dysfunktionale Schemata wie überhöhter Leis tungsanspruch , hohes Kontroll- und Autonomiebedürfnis verbunden mit Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen, und eine Tendenz zur Aufopferung vor. Prämorbid gebe es jedoch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Vielmehr verfüge die Beschwerdeführerin über zahlreiche Ressourcen (vielfältige Begabungen, gute Partnerschaft, drei Berufe, Freundeskreis). In wieweit eine Akzentuierung im Sinne der obenerwähnten Tendenzen bestehe, sei angesichts der aktuellen angstbedingten massiven Vermeidungsstrategien, die sie konkret (Alltagsaktivitäten) wie auch kognitiv (Rationalisie rung und anderes) stark behinderten, nicht beurteilbar. Ihre Aversion gegen eine Medikation sei Teil des Störungsbildes und bei Ängsten häufig zu finden, wenn auch selten in diesem krassen Ausmass. Die chronische Depression schränke ihren Handlungsspiel raum noch zusätzlich ein (S. 10).

Die Prognose sei ohne stabilisierende antidepressive/antipanisiche Medikation ungünstig. Wohl könne sich das Leiden bessern. Die B etroffenen blieben indes sen nicht belastbar und seien einem hohen Rezidivrisiko ausgesetzt. Eine lang fristig angelegte, lege artis durchgeführte medikamentöse Behandlung sei drin gend indiziert und absolut zumutbar. Es stehe sehr viel auf dem Spiel, nämlich die Weichenstellung zwischen weiterer Chronifizierung oder Symptomlinderung und Funktionsverbesserung. Die Prognose könne dadurch entscheidend verbes sert werden. Die Stoffwechselstörung spreche nicht dagegen, würden doch SSRIs [ selektive Serotonin

Reuptake Inhibitoren] und verwandte Substanzen (moderne Antidepressiva gegen Depression und Angst) auch bei schweren somatischen Störungen (z.B. Diabetes) angewendet, womit sich nebenbei Diät-Compliance und körperliche Aktivität häufig verbesserten. Zugleich müssten die dysfunktionalen Schemata vertieft und ebenfalls langfristig psychotherapeutisch bearbeitet werden, ansonsten sich die von der Beschwerdeführer in befürchtete Überforderung tatsächlich im längeren Verlauf wieder abzeichnen könnte. Da die Störungen nicht ausreichend behandelt seien, könne derzeit nicht von einer Berufsunfähigkeit ausgegangen werden. Es bestehe zurzeit indes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 10 f.). 4.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt die Beschwerdeführerin seit 14. August 2013. Im Bericht vom 25. Mai 2014 (Urk. 8/22) stellte er folgende Diagnosen: - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1)

Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin habe im Laufe des Jahres 2011 bei zunehmend psychosozialer Belastung (hohe Arbeitsbelastung und Hospitalisation der Mutter wegen einer Angststörung) Angst- und Panikzustände mit zunehmender Intensität und Frequenz entwickelt, bis sie schliesslich zur stationären Behandlung in die B.\_\_\_\_ eingetreten sei. Anschliessend sei sie bis 5. August 2013 in ambulanter Weiterbehandlung durch den leitenden Arzt gestanden. Im Zentrum der Symptomatik stünden ständig unmotiviert auftretende Angst- und Panikzustände mit Herzstechen, Schwindel, Zittern, Schwächezustand, Erschöpfung und eine depressive Symptomatik mit starker Rückzugstendenz, dauernd erhöhter Ermüdbarkeit, Perspektivlosigkeit, Interessenverlust, Freudlosigkeit, latenter Suizidalität. Die Behandlung setze sich aus Psycho-, Mal- und Bewegungstherapie zusammen. Zum jetzigen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführerin keine Erwerbstätigkeit zuzumuten. Langfristig könnte eine Remission erreicht werden. Konzentrationsvermögen und Anpassungsfähigkeit seien stark, die Belastbarkeit sehr stark eingeschränkt. 4.5

RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, ging in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2014 (Urk. 8/24 S. 3 f.) nach ausführlicher Besprechung des Falles mit dem RAD-Kollegen Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus und erachtete eine medikamentöse Behandlung als unentbehrlich. Dadurch erwartete er eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 40 % innerhalb eines Jahres. 4.6

Am 22. Dezember 2014 erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein weiteres psychiatrisches Gutachten zu Händen des BVG-Versicherers (Urk. 3/3). Darin stellte er folgende Diagnosen (S. 22): - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) - Akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften und emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1)

Sodann gab der Gutachter an, einerseitsweise die Beschwerdeführerin eine belastete, ja traumatisierte Kindheits- und Jugendanamnese auf. Andererseits habe sie zeitüberdauernde, stabile aber auffällige Persönlichkeitszüge ausgebildet, wie eine sehr hohe Leistungsorientierung, einen ausgeprägten Wunsch nach Kontrolle, Schwierigkeiten Hilfe anzunehmen oder einen ausgeprägten Wunsch nach Autonomie, welche insgesamt

zwanghafte Züge aufwiesen. Die zwanghaften Persönlichkeitszüge hätten sich nicht auf Phasen von psychischen Störungen beschränkt, seien aber auch nicht in einem Ausmass vorhanden, dass sie deutlich von sozialen Normen abgewichen wären. Vielmehr sei die Beschwerdeführerin sowohl im beruflichen als auch im privaten Lebensbereich erfolgreich, geschätzt und stabil. Aus diesem Grund könne auch keine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung festgestellt werden (S. 23).

Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt. Diese Einschätzung ergebe sich aus den erhobenen psychopathologischen Befunden, namentlich Depressivität, Interessenmangel, Antriebsmangel mit erhöhter Erschöpfbarkeit, Wertlosigkeitsgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod und wiederkehrende starke Ängste. Folgende psychische Fähigkeiten seien in schwerem Ausmass reduziert: Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit. Diese hätten eine Einschränkung der beruflichen Teilhabe als Dozentin zur Folge. Seit 18. Juli 2012 bestehe daher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Dozentin (S. 25).

Es sei eine Indikation für eine medikamentöse Behandlung vorhanden. Eine eigentliche Kontraindikation bestehe gemäss den Leitlinien nicht. Die Beschwerdeführerin fürchte sich vor einer Psychopharmakotherapie und erwarte ausgeprägte Nachteile. Ein Teil der Befürchtungen erscheine aus fachlicher Sicht unbegründet. So spreche etwa eine Insulinresistenz nicht prinzipiell gegen die Einnahme von Psychopharmaka. Vielmehr sollten gewichtsfördernde Substanzen vermieden werden. Weiter wäre es nicht so entscheidend, ob sich viele oder wenige Nebenwirkungen manifestierten, da diese im Verlauf von wenigen Wochen oft wieder an Intensität verloren oder ganz verschwänden, sondern mit welcher Intensität sie aufträten. Letzteres sei auch dosisabhängig und lasse sich mit einer vorsichtigen Titration, aber auch mit einer vorübergehenden Abschirmung mittels Benzodiazepinen günstig beeinflussen. Andere Ängste, etwa vor dem Verlust der Selbstbestimmung oder der Abkehr von der Psychotherapie, seien zwar nachvollziehbar, aber aus fachlicher Sicht eher wenig wahrscheinlich, gebe es doch in der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin grossen Unterschieden zu derjenigen der Mutter gewichtige Unterschiede, z.B. in Bezug auf den starken und stabilen Wunsch, sich mit den eigenen Unzulänglichkeiten und Schwächen auch ohne Not zu konfrontieren. Zusammenfassend lasse sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt und dem derzeitigen Informationsstand sagen, dass eine zusätzliche Pharmakotherapie sowohl gegen die chronischen Ängste als auch gegen die depressiven Symptome aus fachlicher Sicht eine Hilfe wäre und eine bessere Chance für deren Überwindung böte. Vor dem Hintergrund einer nur gering integrierten Selbstwahrnehmung und Selbstregulation wäre es kurzfristig für die psychische Verfassung und den weiteren Therapieverlauf eine Gefahr, wollte man gegen den Willen der Beschwerdeführerin auf eine Pharmakotherapie beharren. Hingegen wäre es aus fachlicher Sicht durchaus vertretbar und der Beschwerdeführerin auch zuzumuten, sich in ihrer Behandlung mit ihren Ängsten vor einer Pharmakotherapie vermehrt auseinanderzusetzen, statt sie phobisch zu vermeiden. Die Prognose in Bezug auf eine Wiedererlangung einer mindestens teilweisen Arbeitsfähigkeit hänge mittelfristig von der Compliance der Beschwerdeführerin in Bezug auf eine Psychopharmakotherapie ab. Werden diese entsprechend den fachlichen Leitlinien durchgeführt, sei eine deutliche Symptomreduktion sowohl in Bezug auf die Ängste, als auch hinsichtlich der depressiven

Beschwerden zu erwarten. Positive Effekte wären wohl innerhalb von sechs bis acht Monaten gut sichtbar (S. 26 f.) . 5. 5.1

Aufgrund der wiedergegebenen, weitgehend übereinstimmenden medizinischen Stellungnahmen steht fest, dass die Beschwerdeführerin an einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) leidet. Während der Hospitalisation in der B.\_\_\_\_ trat eine wesentliche Besserung mit Reduktion der Angstzuständen und Ausbleiben der Panikattacken ein ( Bericht vom 5. November 2012, Urk. 8/12/3-6 S. 4 ), weshalb seither entsprechend der Beurteilung des Gutachters Dr. H.\_\_\_\_ von einem Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0)

auszugehen ist (Gutachten vom 22. Dezember 2014, Urk. 3 / 3 S. 22) . Daneben besteht eine akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften und emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) .

Unter den berichtenden Ärzten herrscht sodann Einigkeit über die dringende Indikation und die Zumutbarkeit einer Psychopharmakotherapie . Ohne diese Behandlung wird eine ungünstige Prognose gestellt . Einigkeit besteht auch über die Einschätzung der aktuellen Arbeitsunfähigkeit mit 100 % . 5.2

Vorweg ist zu bemerken, dass es nach der Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei Depressionen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2).

In diesem Sinne darf der Rechtsanwender – entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 9) ,

die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Ärzte nicht ohne vorgängige Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen

für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens übernehmen. 5. 3

In Bezug auf die festgestellte Diagnose einer

akzentuierten Persönlichkeit mit zwanghaften und emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Diagnosen aus den Z-Kodierungen um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des

Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Solche fallen nicht unter den Begriff der invaliditäts rechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung und stellen grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E.

### **E. 3**

Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatsächlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b).

#### **E. 3.1**

mit Hinweisen).

Vorliegend kann nichts anderes gelten. Die vom Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ erwähnte Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit zwanghaften und emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) hat auch nach dessen detaillierten Einschätzung (vgl. Gutachten vom 22. Dezember 2014, Urk. 3/3 S. 23)

eben gerade nicht die Qualität, welche die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigt. Darüber hinaus war die Beschwerdeführerin vor Auftreten der Angst- und depressiven Störung trotz ihren auffälligen Persönlichkeitszügen in einem anspruchsvollen Beruf vollzeitlich erwerbstätig, was nicht zuletzt ihren vielen Ressourcen zur Bewältigung ihrer Problematik zu verdanken ist. Deshalb ist davon auszugehen, dass diese Störung die Arbeitsfähigkeit für sie nicht beeinträchtigt. 5.4

Nach der Rechtsprechung werden leicht-mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlecht hin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen).

Nach Lage der Akten entstanden

zunächst die Angst- und anschliessend die depressive Störung massgeblich durch ein Zusammentreffen von belastenden Lebensumständen, namentlich die beruflichen

Neuorientierung mit Eröffnung der eigenen Firma im Jahr 2011, die eigene Hochzeit mit grossem Fest, die psychiatrische Hospitalisation der Mutter im Dezember 2011 und die Absolvierung von zwei Weiterbildungen bis März 2012 neben der Lehrtätigkeit zu einem Pensum von 60 % (Bericht der B. \_\_\_ vom 5. November 2012, Urk. 8/12/3-6 S. 2; Gutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 30. März 2014, Urk. 8/16 S. 3; Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 22. Dezember 2014, Urk. 3/3 S. 17). Nach ihren eigenen Angaben lebte

die Beschwerdeführerin „immer schneller und immer mehr“ und begann in dieser übermässigen Belastungssituation an Herz stechen zu leiden (Urk. 3/3 S. 10). Hintergrund für dieses Übermass an beruflicher Aktivität könnte der sich seit Jahren verschärfende Loyalitätskonflikt mit der Mutter sein, der 2011 mit deren Hospitalisierung eine weitere Akzentuierung erfahren hatte (Urk. 3/3 S. 24).

Insofern erscheint es als zweifelhaft, ob eine von der Belastungssituation und der daraus folgenden Angststörung unterscheidbare und in diesem Sinne ver selbständigte depressive Störung vorliegt und überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden angenommen werden kann (vgl. dazu BGE 127 V 294 E. 5a). Vielmehr enthält die Aktenlage deutliche Anhaltspunkte dafür, dass sich die invaliditätsfremden Elemente nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen lassen, sondern die depressive Störung in der psychosozialen Belastungssituation und der daraus folgenden Angststörung aufgeht.

Ausschlaggebend ist zudem, dass die Beschwerdeführerin seit 2012 zwar in psychotherapeutischer Behandlung steht und inzwischen verschiedene Fachtherapien wie Bewegungs- und Tanz-, Ergo- und Maltherapie sowie Shiatsu

in Anspruch genommen hat (Urk. 3/3 S. 26; Urk. 8/12/3-6 S. 3; Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 25. Mai 2014, Urk. 8/22 S. 3). Trotz der jahrelangen ambulanten und stationären Therapien ist der erhoffte Erfolg jedoch ausgeblieben und die Beeinträchtigung ist weiterhin erheblich. Dies liegt nach der Beurteilung sämtlicher berichtender Ärzte daran, dass die Beschwerdeführerin eine Psychotherapie der depressiven und ängstlichen Symptomatik verweigert.

Diese wäre ihr auch nach der einstimmigen Beurteilung der berichtenden Ärzte zumutbar. Denn aus somatischer Sicht besteht laut den Angaben von Dr. C. \_\_\_ (Bericht vom 29. September 2013, Urk. 8/12/9-10) keine absolute Kontraindikation aus Sicht der Stoffwechselerkrankung. Darüber hinaus kann dieser Erkrankung laut den Gutachtern Dr. A. \_\_\_ (Gutachten vom 30. März 2014, Urk. 8/16 S. 10 f.) und Dr. H. \_\_\_ (Gutachten vom 22. Dezember 2014, Urk. 3/3 S. 27)

bei Auswahl und Dosierung der einzusetzenden Medikamente Rechnung getragen werden.

Auch das dokumentierte Aktivitätsverhalten spricht jedenfalls nicht für ein ausgeprägtes psychisches Leiden. So führt die Beschwerdeführerin ihren Haushalt selbständig, geht ausser Haus, pflegt soziale Kontakte

und vermochte sogar ein Fest für den 40. Geburtstag ihres Ehegatten zu organisieren (Urk. 3/3 S. 16 f., Urk. 8/16 S. 4).

Eine invalidisierende Wirkung ist dem depressiven Geschehen daher nicht zuzuerkennen.  
5.5

Auch mit Bezug auf die Angststörung ist angesichts der ausführlichen und überzeugenden Stellungnahmen der berichtenden Ärzte von der Zumutbarkeit einer Pharmakotherapie

auszugehen. Ohne diese Behandlungsmethode ist von den aktuell durchgeführten Behandlungen

trotz der während der Hospitalisation in der B.\_\_\_\_ bereits eingetretenen Besserung mit Bezug auf die Panikattacken kein durchschlagender und dauerhafter Erfolg

zu erwarten ( vgl. die beiden Gutachten der Dres . A.\_\_\_\_ vom 30. März 2014, Urk. 8/16 S. 10 , sowie H.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2014, Urk. 3/3 S. 27 f. ) . Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es beim aktuellen Stand der Behandlung kontraproduktiv wäre , der Beschwerdeführerin die Einnahme von Psychopharmaka aufzuzwingen (Urk. 3/3 S. 27) . Denn rechtsprechungsgemäss kann e in Rentenanspruch grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bewirkt werden kann, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor

( Urteil e des Bundesgerichts 9C\_ 33 /201 5 vom 2 7. März 2015 E. 3 9C\_254/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 3.1).

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin durch ihre psychische Erkrankung eine Entlastung von der problematischen Beziehung zur ebenfalls psychisch kranken Mutter erfährt und im Falle einer Besserung befürchtet, von dieser wieder ausgenutzt zu werden (Urk. 3/3 S. 11) , was auf ein en erhebliche n

primären Krankheitsgewinn schliessen lässt .

Schliesslich ist sich die Beschwerdeführerin ihrer vielen persönlichen Ressourcen (vgl. Urk. 3/3 S. 10) bewusst und es wäre ihr zuzumuten, mit H ilfe dieser Fähigkeiten an der mit der stationären Behandlung in der B.\_\_\_\_ eingesetzten und seither langsam fort schreiten den Besserung (Urk. 3/3 S. 12) weiterhin zu arbeiten und dabei auch die noch nicht ausgeschöpften Therapieoptionen in Anspruch zu nehmen . 5. 6

Angesichts dieser Umstände ist erstellt, dass invalidenversicherungsrechtlich nicht von einer dauerhaften Leistungsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus zugehen ist. An zufügen bleibt, dass sämtliche berichtende n Ärzte

unter geeig neten Therapiemassnahmen

von einer langfristigen Arbeitsfähigkeit ausgehen und ihr Attest einer Arbeitsunfähigkeit von aktuell 100 % lediglich vorläufigen Charakter hat und nach Ansprechen auf die einzuleitende Pharmakotherapie revidiert werden müsste. Da die Rechtsprechung bei therapierbaren Krankheiten nicht auf eine andauernde B einträchtig ung schliesst

( Urteil des Bundesgerichts 9C\_254/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 3.2, Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 291/05 vom 31. März 2006 E. 3.3 ) , hat es mit den getroffenen Feststellungen sein Bewenden. In diesem Lichte kann die Beschwer deführerin aus dem Urteil BGE 127 V 294 E. 4c nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. Urk. 1 S.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 13**

).

Damit ergibt sich auch, dass nicht von einer sich durch das Zusammenspiel verschiedener (invalidenversicherungsrechtlich) nicht relevanter Gesundheitsbeeinträchtigungen ergebenden medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Bei diesem Ergebnis besteht auch keine Veranlassung für Überlegungen zur Überwindbarkeit der Problematik ( vgl. Urk. 1 S. 8

f f.), besteht doch keine Krankheit aus dem somatoformen Formenkreis. 5. 7

Zusammenfassend steht fest, dass bei der Beschwerdeführer in keine Krankheit vorliegt, welche invalidenversicherungsrechtlich zur Annahme einer andauernden Arbeitsunfähigkeit führt. Damit ist die Beschwerdeführer in nicht invalid, weshalb die Beschwerde gegen die leistungsverweigernde Verfügung der Beschwerdegegnerin abzuweisen ist. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- 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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Meier-Wiesner

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