

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01211 vom 13. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01211

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01211 du 13 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01211 del 13 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, Mutter einer 1989 geborenen Tochter, war bei der Y.____ im Umfang von 60 % als Sachbearbeiterin tätig (Urk. 2/ 6/12 Ziff. 2.7 und 2.9) und meldete sich am 20. Dezember 2011 mit Hinweis auf ein Burnout durch Mobbing bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 2/ 6/4 Ziff. 6.5).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte nach getätigten Abklärungen mit Verfügung vom 22. August 2013 einen Leistungsanspruch (Urk. 2/ 6/42 = Urk. 2/ 2). Die dagegen von der Vorsorgeeinrichtung BVK Personalvorsorge Kanton Zürich (nachstehend: BVK) und der Versicherten erhobenen Beschwerden wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 23. Januar 2015 im Verfahren Nr. IV.2013.00792 ab (Urk. 2/11).

E. 1.1

Massgebende rechtliche Grundlagen wurden - so das Bundesgericht (Urk. 1 S. 3 E. 2.1) - im Urteil des hiesigen Gerichts von 2015 zutreffend dargelegt, worauf verwiesen wird. Hinsichtlich der Bedeutung des Leiturteils BGE 141 V 281 und dessen allfällige Auswirkungen auf den vorliegenden Fall ist auf die Ausführungen des Bundesgerichts (Urk. 1 S. 3 f. E. 2.1.1-2 und E. 2.2) zu verweisen, dies mit nachstehender Ergänzung.

E. 1.2

Die invalidisierenden Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung hat die versicherte Person mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität (BGE 139 V 547 E. 8.1).

2.

E. 2

Das Bundesgericht hiess die von der Versicherten gegen das kantonale Urteil erhobene Beschwerde mit Urteil vom 6. November 2015 (Urk. 1) teilweise gut und wies die Sache zu ergänzender Abklärung an das hiesige Gericht zurück (S. 9 Ziff. 1).

Das Gericht veranlasste in der Folge ein psychiatrisches Gutachten, das von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, Fachstelle für Gutachten, A.____ am 22. Juli 2016 erstattet wurde (Urk. 15). Zum Gutachten nahmen die Beschwerdeführerin 2 am 25. August 2016 (Urk. 19) und die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 12. Oktober 2016 (Urk. 24) am 17. Oktober 2016 (Urk. 23) Stellung. Die Beschwerdeführerin 1

verzichtete auf Stellungnahme (Urk. 18).

Am 14. Februar 2017 beantwortete der Gutachter Ergänzungsfragen des Gerichts (Urk. 32), wozu die Beschwerdeführerin 2 am 14. März 2017 (Urk. 36) und die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine RAD-Stellungnahme vom 5. Mai 2017 (Urk. 42) am 8. Mai 2017 (Urk. 41) Stellung nahmen, was den jeweiligen Gegenparteien am 9. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 43). Die Beschwerdeführerin 1 verzichtete auf Stellungnahme (Urk. 40).

E. 2.1

Im Urteil vom 23. Januar 2015 (Urk. 2/11) hatte das hiesige Gericht unter anderem ausgeführt, auf die 2012 vom behandelnden Psychiater und der behandelnden Psychologin - die eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F61.0), eine permanente Persönlichkeitsänderung nach anhaltender Belastung (F62), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert hatten (S. 5 E. 3.1) -attestierten volle Arbeitsunfähigkeit könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden, wobei immerhin festzuhalten sei, dass aus behandelnder Sicht mittel- und langfristig eine Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit angenommen werde (S. 8 E. 4.1). Auch auf das 2012 im Auftrag der BVK erstattete psychiatrische Gutachten und die darin attestierten vollständige Arbeitsunfähigkeit könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 9 E. 4.3). Das Gericht kam zusammenfassend zum Schluss, dass in Anwendung der dafür massgebenden Rechtsprechung keine versicherungsrelevante Einschränkung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten festzustellen sei (S. 10 E. 4.7).

E. 2.2

Das Bundesgericht führte in seinem Urteil vom 6. November 2015 (Urk. 1) unter anderem aus, das kantonale Gericht habe zutreffend erkannt, dass das psychiatrische Gutachten von 2012 hinsichtlich des Anspruchs an eine fachärztlich einwandfreie Diagnosestellung nicht genüge (S. 6 f. E. 3.3.1). Auch ein neuerer, 2013 erstatteter Bericht von behandelnder Seite vermöge die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung in Bezug auf die Würdigung der medizinischen Akten nicht als offensichtlich unrichtig erscheinen zu lassen (S. 7 E. 3.3.2).

Schliesslich führte das Bundesgericht aus, was folgt (S. 7 f. E. 3.4): Angesichts dieser letztlich nicht schlüssigen Angaben zur zumutbaren Restarbeitsfähigkeit lässt sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit auf Grund der vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht zuverlässig bestimmen, da weder das psychiatrische Gutachten noch die weiteren medizinischen Unterlagen - wie dargelegt - überzeugend und widerspruchsfrei die attestierten volle Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Bei dieser Aktenlage stellt der vorinstanzliche Verzicht auf zusätzliche Abklärungen eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) dar, da damit der rechtserhebliche Sachverhalt in wesentlichen Punkten unvollständig abgeklärt wurde. Im vorinstanzlichen Entscheid fehlt es an verbindlichen Feststellungen zur Arbeits(un)fähigkeit der Versicherten. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die offenen Fragen zu Diagnosen, Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der Versicherten mittels Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens veranlasse und gestützt darauf neu entscheide. Dabei wird allenfalls - je nach Diagnosestellung - die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen

Leiden gemäss BGE 141 V 281 E. 5.2 (...) zu berücksichtigen sein.

E. 3

Die Beschwerdeführerin 1 sprach mit Verfügung vom 14. Januar 2013 der Beschwerdeführerin 2 mit Wirkung ab 1. Januar 2013 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 2/2/3/6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. Z.____ erstattete am 22. Juli 2016 sein im Auftrag des Gerichts erstelltes Gutachten (Urk. 15) gestützt auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.) und die Angaben der Versicherten (S. 11 ff.) anlässlich einer je 2 Stunden dauernden Exploration am 30. März und am 3. Mai 2016 (S. 1 Ziff. 1.1).

E. 3.2

Zur Krankheitsentwicklung (S. 11 f. Ziff. 3.2.2) berichtete die Versicherte, sie habe an ihrer zuletzt innegehabten Stelle zwölf Jahre extrem gern gearbeitet. Nach einem Vorgesetztenwechsel sei es zu - näher beschriebenen - Schwierigkeiten gekommen und sie sei krankgeschrieben worden. Sie habe sich dann in Therapie begeben, die sie jedoch zunehmend eher belastet habe. Am besten für sie sei gewesen, wenn sie sich abgelenkt habe. So habe sie im Rahmen eines Dienstalergeschenks vier Wochen Ferien in Thailand gemacht. Die Wärme, das Nichtstun und die Sonne hätten ihr sehr gut getan. Sobald sie zuhause gewesen sei, sei es aber wieder gewesen wie früher. Es habe trotz Therapie keine Verbesserung gegeben. Eher habe sie das Gefühl gehabt, dass die Therapie ihr nicht gut tue und sie habe diese deshalb im Einverständnis mit dem Behandler im Jahre 2013 abgebrochen.

E. 3.3

In biografischer Hinsicht (S. 13 f. Ziff. 3.2.3) berichtete der Gutachter, die Versicherte könne sich an einen Vorfall erinnern, als sie im Alter von drei Jahren in einem Ferienort plötzlich ihre Eltern nicht mehr gefunden habe und etwa eine Viertelstunde allein gewesen sei. Auch berichte sie von einem Vorfall im Alter von 10 oder 12 Jahren (S. 13 unten, vgl. S. 3 oben und S. 14 oben zum Beginn der Erkrankung ihres Vaters), als sie in der Seebadi von drei Burschen unter Wasser gedrückt worden sei, bis sie fast ertrunken sei. Den Eltern habe sie nichts erzählt, weil ihr dann wohl das Schwimmbad verboten worden wäre. Übrigens könne sie sich auch erinnern, dass sie einmal in Italien und einmal in Zypern am Strand zweimal fast vergewaltigt worden sei. Auch davon habe sie, aus dem gleichen Grund, nichts erzählt (S. 13 unten). Weiter wurde von der Alzheimer-Erkrankung zuerst des Vaters und sodann der Mutter berichtet (S. 14).

E. 3.4

Der Abschnitt „detaillierter Tagesablauf, Freizeitgestaltung, Hobbies, benötigte Hilfen im Haushalt und Alltag, Benutzung von Verkehrsmitteln, Art der Anreise, Ferienreisen etc.“ lautet in voller Länge wie folgt (S. 16 Ziff. 3.2.6): Sie habe eigentlich keine Hobbies mehr, den Haushalt könne sie erledigen, teilweise aber verlangsamt. Die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln sei schwierig für sie, sie habe keine Ruhe dabei, alles sei ihr zu nahe. Auf die Frage des Untersuchers, ob sie dabei Angst empfinde, antwortet sie: „Ich weiss nicht, was Angst ist.“ Erst auf Nachfragen beginnt sie von ihren Ängsten und Befürchtungen zu erzählen, welche in der Krankheitsgeschichte erwähnt sind. Häufig komme es auch zu Phasen, in welchen alles in ihr „flattere“, sie fühle sich blockiert,

paralysiert, könne nicht mehr richtig atmen. Sie würde dies als Panikattacken bezeichnen. Manchmal komme es auch nur zum Vorgefühl einer solchen Attacke, wobei sie keine Ahnung habe, was der Auslöser sei. Sie habe schon früher solche Attacken gehabt, sie könne sich erinnern, dass diese aufgetreten seien, wenn sie allein zu Hause habe sein müssen.

Betreffend bisherige und aktuelle Behandlungen berichtete die Versicherte, die Behandlung habe ihr initial gut getan. Nach der anfänglichen Besserung habe sie (jedoch) das Gefühl gehabt, dass die Therapie nichts mehr bringe, schliesslich habe sie im Einverständnis mit dem Therapeuten die Behandlung abgebrochen. Am besten gehe es ihr, wenn sie alle diese Ereignisse vergessen könne und keinen Druck spüre (S. 17 Ziff. 3.2.9).

E. 3.5

In seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, im Zentrum der Erkrankung der Versicherten stehe eine schwerstgradige Angststörung. Diese Störung und ihr Ausmass seien nicht zu verstehen ohne eine eingehende Betrachtung der Lebensgeschichte der Klientin (S. 19 oben).

Als sie zum ersten Mal nach Angst gefragt werde und darauf antworte, sie wisse eigentlich nicht, wie sich Angst anfühle, beginne sich das extreme Ausmass der Vermeidung zu zeigen; erst auf „erstauntes Nachfragen“ des Untersuchers beginne sie von ihren Panikattacken zu erzählen, welche sie seit ihrer Kindheit begleiteten (S. 19 unten). Die Mobbing-Erfahrung sei so schlimm gewesen und habe derartige Ängste ausgelöst, dass sie mit einem klassischen Vermeidungsverhalten reagiert habe, das sich schon zu Beginn mit den Reisen nach Thailand und Indien gezeigt habe (S. 20 Mitte). In der Entwicklung sei es zu zunehmenden funktionellen Einschränkungen gekommen (S. 21 oben). Neben dieser - pathologischen - Angst bestehe ein depressives Zustandsbild zumindest mittelgradiger Ausprägung (S. 21 Mitte).

Die pathologische, extreme, existentielle Angst sei nur zu verstehen unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte, beginnend damit, dass die Klientin für die Mutter ein ungewolltes Kind gewesen und von dieser abgelehnt worden sei (S. 22). Das einschneidende Erlebnis, als dreijähriges Kind verloren zu gehen, habe wiederum existentielle Ängste ausgelöst, und das Erlebnis, mit zehn Jahren bis fast zum Ertrinken untergetaucht zu werden, erneut Todesangst (S. 23 oben). Das nächste einschneidende Erlebnis sei die Erkrankung des Vaters gewesen, der zwar liebevoll, aber überbehütend gewesen sei (S. 23).

Die Versicherte habe die Angstproblematik lange Zeit kompensieren können, ihre Ressourcen seien sehr hoch gewesen (S. 24 unten). Sie habe eine Scheinwelt aufrechterhalten (S. 25 oben), bis die Mobbing-Situation ihre Ressourcen überfordert habe (S. 25 Mitte).

E. 3.6

Als Diagnosen nannte der Gutachter (S. 27 Ziff. 4): - nicht näher bezeichnete Angststörung (ICD-10 F41.9) mit phobischen Anteilen und Panikattacken - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Seit der letzten Begutachtung habe sich die „initiale Angst vor allem, was mit Arbeit zu tun hat“, ausgeweitet auf viele Bereiche des Lebens. Die Versicherte habe Angst vor jeglicher Anforderung, vermeide diese wo immer möglich, habe ausgeprägte Angst davor, an Krebs oder Demenz zu erkranken (S. 27 unten).

E. 3.7

Die Anamnese zeige, dass die Versicherte über gute Ressourcen verfügt habe. Im jetzigen Zustand seien diese Ressourcen nicht mobilisierbar. Auch das soziale Umfeld sei sehr stark zusammengeschrumpft und vermöge keine positive Wirkung auszuüben (S. 29 Ziff. 6).

Das Aktivitätsniveau sei nicht in allen Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt. Die „konstanteste schwerstgradige Einschränkung“ sei bezüglich einer Arbeitstätigkeit festzustellen (S. 30 Ziff. 7).

Die Behandlung habe sie im Einverständnis mit dem Therapeuten, nicht aus mangelnder Motivation, abgebrochen (S. 30). Eine Therapie erscheine unumgänglich, dies nicht hinsichtlich der raschen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, welche sowieso wenn überhaupt erst nach mindestens zwei bis drei Jahren erfolgen werde, sondern primär um des Wohles der Klientin willen (S. 31 Mitte). Allerdings wäre bei Auferlegen einer Schadenminderungspflicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer zusätzlichen Dekompensation zu rechnen (S. 31 oben).

Bezogen auf die Fähigkeiten gemäss Mini-ICF-APP hielt der Gutachter folgende Einschränkungen fest: 2 x leicht, 4 x mittel, 2 x mittel bis schwer, 3 x schwer, 1 x vollständig (S. 32 f.).

Zum jetzigen Zeitpunkt und bis auf weiteres (unter günstigem Therapieverlauf geschätzt für mindestens zwei Jahre) bestehe aufgrund der Angststörung, welche „nur schon beim Gedanken an jegliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aktiviert“ werde, keine Arbeitsfähigkeit. Die Störung erreiche „den Schweregrad einer Geisteskrankheit im juristischen Sinne“. (S. 33 unten).

Retrospektiv bestehe plausibel und nachvollziehbar spätestens seit der Zeit der Behandlungsaufnahme im April 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt (S. 34 Ziff. 10).

Bezüglich des 2012 von behandelnder Seite erstatteten Berichts und des 2012 erstatteten Gutachtens sei bemerkenswert, dass „Angst“ nicht thematisiert worden sei, was kaum nachvollziehbar sei. Aus heutiger Sicht seien die dort beschriebenen Zustände praktisch vollständig deckungsgleich mit den aktuell erhobenen Befunden während der Panikattacken (S. 34 Ziff. 11). Bezüglich Depression folge der Gutachter der von behandelnder Seite gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (S. 35 Mitte). Eine somatoforme Schmerzstörung sei aus näher dargelegten Gründen nicht zu diagnostizieren (S. 35 unten). Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor (S. 36). Die im Gutachten von 2012 differentialdiagnostisch erwähnte perinatale hypoxische Hirnschädigung sei nicht plausibel zu begründen, hätte eine solche doch nicht 50 Jahre lang auf hohem kognitivem Niveau ohne jedwelche Auffälligkeit kompensiert werden können (S. 36 f.).

E. 4.1

Am 26. August 2016 nahm med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, zum Gutachten Stellung (Urk. 24).

Er führte unter anderem aus, der Gutachter trage zur Begründung seiner Diagnose eine emotionsgeladene Schilderung vor, welche die zuvor berichteten Fakten auffallend selektiv, unter Betonung vieler ängstigender Ereignisse, verwende. Die Umstände der Begebenheit als dreijähriges Kind erschienen objektiv sehr unwahrscheinlich. Der Umgang mit den Situationen im Schulalter belege nicht eine besondere Ängstlichkeit, sondern einen

ungebrochenen Mut und Durchhaltewillen. Gut nachvollziehbar sei die Belastung durch die Demenzerkrankung des Vaters, dem die Beschwerdeführerin allerdings keineswegs ängstlich begegnet sei. Die ausgiebigen und monatelangen Reisen durch Asien und Südamerika sowie die Sprachaufenthalte in England und auf den Kanarischen Inseln sprächen für viel mutige Unternehmungslust und seien mit einer angstbetonten Persönlichkeit überhaupt nicht in Einklang zu bringen. Es würden keine Ängste im Zusammenhang mit der Erziehung der 1989 geborenen Tochter berichtet. Die Demenzerkrankung der Mutter, deren Tod 2009 in einer Klinik und die zunehmend heftigen Arbeitsplatzkonflikte stellten eine nachvollziehbare Belastung dar (S. 2).

Im Rückblick könne man bei Berücksichtigung aller Ereignisse keine seit der Kindheit von Angst geprägte Biographie feststellen. Der emotionalen gutachterlichen Darstellung könne man daher nicht folgen. Zudem differenziere der Gutachter wenig von den psychosozialen Belastungen, sei doch anzunehmen, dass das nahende Ende einer 20-jährigen Beziehung und Ehe und die finanzielle Ungewissheit erhebliche psychosoziale Belastungen darstellten (S. 2 unten).

Die Reisen nach Thailand und Indien seien nicht unbedingt als „Flucht“ zu interpretieren, sondern als verstehbarer Erholungswunsch, und es zeige sich hier ein beachtliches positives Funktionsniveau. Es erscheine problematisch, wenn der Gutachter hier nur von einem pathologischen Vermeidungsverhalten spreche (S. 3 oben).

Die Behauptung des Gutachters, die „mangelnde Steuerungs- und Regulations fähigkeit“ gehöre zur Persönlichkeitsentwicklung der Versicherten, sei mit Blick auf ihre jahrelange ungestörte Berufstätigkeit, die vielen langen Reisen und die Kindererziehung offensichtlich unzutreffend. Der behauptete „sehr tiefe Selbstwert in der Grundpersönlichkeit“ kontrastiere eklatant zum tatsächlichen Funktionsbild (S. 3 Mitte).

Es fehlten detailliertere Angaben zum Tagesablauf sowie eine detaillierte Darstellung des positiven Funktionsbildes (S. 3).

E. 4.2

Auf Ersuchen des Gerichts nahm der Gutachter am 14. Februar 2017 ergänzend Stellung (Urk. 32). Er führte unter anderem aus, die Anmerkungen und Kommentare des RAD-Arztes med. pract. B. ___ zeigten unterschiedliche Denkansätze in der Herangehensweise. Er selber sei einem dynamischen Persönlichkeitsmodell verpflichtet, med. pract. B. ___ orientiere sich an einem statischen, deskriptiven Ansatz. In seinem (psychodynamischen) Denkmodell entwickle sich eine Persönlichkeit auf dem Boden genetischer Begebenheiten und von in der Kleinkindheit, Kindheit und Jugend erfahrenen Unterstützung, Förderungen und Belastungen (S. 1 unten).

Gerade weil die Versicherte ein hohes Funktionsniveau gehabt habe, sei es schwierig nachvollziehbar, warum das Mobbing sie derart aus der Bahn werfen sollte. Es gebe keine einfache plausible Erklärung für dieses Ausmass der Dekompensation. Wolle man versuchen, zumindest im Ansatz zu verstehen, wie es zu dieser schweren Erkrankung habe kommen können, führe kein Weg an psychodynamischen Überlegungen vorbei. Med. pract. B. ___ beschränke sich auf das hohe Funktionsniveau der Klientin vor der Erkrankung. Dabei bagatellisiere er sämtliche Umstände und Ereignisse, welche begründete Zweifel daran weckten, dass die Persönlichkeitsentwicklung so unproblematisch abgelaufen sei, wie er sie darstelle (S. 2 Mitte).

Sodann präsentierte der Gutachter einen theoretischen Exkurs zu Psychodynamik, Struktur und Vulnerabilität (S. 2 f. lit. b), dies mit der Bemerkung, in dessen gesamter Kritik finde er keinerlei Hinweis, dass sich med. pract. B.____ damit auseinandergesetzt habe (S. 3 unten).

Dann nahm er zu den einzelnen von med. pract. B.____ angeführten Kritikpunkten Stellung (S. 4 ff.).

E. 4.3

Zu den ihm vom Gericht unterbreiteten, hier leicht verkürzt angeführten Fragen äussert sich der Gutachter folgendermassen:

Zur Frage , nach welchen Kriterien er den Aktenauszug verfasst habe (in welchem er auch nicht medizinische Akten aufführte, namentlich - nebst einem Brief sowie einem Mail der Versicherten an ihn - den Einwand der Beschwerdeführerin 1 gegen den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin, die Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 beim hiesigen Gericht gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin und das Urteil des Bundesgerichts, aber weder die Verfügung von 2013 noch das Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. Januar 2015), führte er unter anderem aus, den Einwand gegen den Vorbescheid sowie die Beschwerde habe er zitiert, weil daraus hervorgehe , dass die Ärzte des RAD offensichtlich der Beurteilung der Vorbehandler und der Vorgutachterin gefolgt seien. Die Verfügung habe er nicht aufgeführt, weil sie seines Erachtens nichts zur geforderten Aufklärung des Gesundheitszustandes, der Diagnose und der

Arbeitsfähigkeit beitrage . Das Urteil des Sozialversicherungsgerichtes von 2015 habe er nicht zitiert, weil für ihn als juristischen Laien das Urteil des Bundesgerichts die wesentlichen Begründungen für den Gutachtensauftrag beinhaltet hätten, nämlich dass aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen der Grad der

Arbeitsunfähigkeit nicht zuverlässig zu bestimmen sei und somit eine unvollständige Abklärung vorliege. Den Brief und die Mail der Klientin habe er zitiert , weil diese Schreiben seines Erachtens deutlich die Verwirrung, in welcher sich die Klientin befinde , zeigten . Die Ausweitung der Ängste auf tödliche Erkrankungen, die Angst, dass durch Therapie alles nur noch schlimmer werde sowie die Vermischung mit Geschichten von Bekannten zeige deutlich eine weitgehende Hilflosigkeit, mit der Situation umzugehen. Dies stütze seines Erachtens das Vorhandensein einer strukturellen Dekompensation. Zweitens belegten diese Schreiben die dysfunktionalen Strategien, welche der Klientin aktuell noch zur Verfügung stünden. Sie sei nicht in der Lage, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen. Ihre einzige Strategie sei Vermeidung , wobei diese Dysfunktionalität nicht willentlich überwindbar sei (S. 9 Ziff. 3).

E. 4.4

Die Beurteilung durch das Gericht im Urteil von 2015, die im damals vorliegenden Gutachten gestellten Diagnose „Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung“ und „atypische Depression“ würden aus näher dargelegten Gründen nicht überzeugen , sei zutreffend (S. 10 Ziff. 4).

E. 4.5

Zur Feststellung im Urteil von 2015, der damaligen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne nicht gefolgt werden, weil nicht nachvollziehbar sei, „dass etwa die Funktionen Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Kontakt zu Dritten und Gruppenfähigkeit mittelgradig (und die Durchhaltefähigkeit sogar schwer)

beeinträchtigt sein sollen. Der vielseitige, ereignisreiche und auch mit sozialer Interaktion stattfindende Alltag der Versicherten ebenso wie die Planung, Vorbereitung und Pflege erholsamer Ferienzeiten lassen allesamt nicht erkennen, worin die genannten Beeinträchtigungen bestehen sollten. Die einzige Limitation, die sichtbar wird, ist, dass sich die Versicherte der Zumutung einer Erwerbsarbeitsstruktur und den dort zu gewärtigenden Anforderungen nicht gewachsen fühlt. „, äusserte sich der Gutachter folgendermassen (S. 10 f. Ziff. 5): Der zuvor funktionierende Bewältigungsmechanismus war weit überwiegend darauf ausgerichtet, durch exzellente Leistung am Arbeitsplatz die notwendige Anerkennung zu bekommen. Die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bedeuteten für die Klientin, dass der Ort, bzw. die Arbeit, welche zuvor die grösste Stabilität gebracht hatten, nun das grösste Desaster verursachten. In diesem Moment brach der Bewältigungsmechanismus zusammen und wurde ersetzt durch einen alternativen, jedoch dysfunktionalen Bewältigungsversuch, der darin besteht, möglichst nur schon jeden Gedanken an Arbeit zu vermeiden. Es ist enorm wichtig zu sehen, dass die einzige Limitation, wie sie benannt wird, sich eben genau da zeigt, wo die zuvor kompensierende Stabilität zusammengebrochen ist. Nur schon die Vorstellung, sich dieser Gefahr (nämlich der erneuten Entwertung) aussetzen zu müssen, lähmt sie buchstäblich und bringt sie in einen affektiven Ausnahmezustand. Dabei ist ebenso wichtig zu sehen, dass dies nicht willentlich überwindbar ist. [...]

Sowohl Anamnese wie die Dokumentation der Behandler zeigen, dass sich schon damals bereits beim Thematisieren von Arbeit das Vollbild des Kontrollverlusts bezüglich Denken und Affektregulation, welches bis heute fortbesteht und jede Arbeitstätigkeit aktuell verunmöglicht [, zeigte] . Es ist somit überwiegend wahrscheinlich, dass diese einzige Limitation, die aber entscheidend ist für die Arbeitsfähigkeit, bereits im August 2013 bestanden hat. Retrospektiv ist es ebenso überwiegend wahrscheinlich, dass die im Gutachten von 2012 erwähnten Funktionseinschränkungen zu jenem Zeitpunkt (noch) nicht das gesamte Leben der Klientin bestimmten. Die Klientin war damals noch in der Lage, ihre dysfunktionalen Ersatz-Bewältigungsmuster (Ablenkung, Aufenthalte in der Natur, Treffen mit Freundinnen und auch Reisen an Orte, die möglichst weit weg sind von all dem Druck und der Angst) auszuüben. Es ist plausibel, dass sich die funktionellen Einschränkungen vor allem zu Beginn nicht in allen Bereichen des Lebens gleich stark gezeigt haben. Dazu ist aus heutiger Sicht aber anzufügen, dass die dysfunktionale Bewältigungsstrategie (burschikos ausgedrückt: „Bloss weg von allem, was irgendwie belastet.“) zu einer zunehmenden Vermeidung von Drucksituationen in nun fast allen Lebensbereichen geführt hat.

E. 4.6

Zur Frage, inwiefern bei seiner Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die mehrwöchigen Aufenthalte beziehungsweise Reisen der Versicherten (Thailand, Südfrankreich, Indien) berücksichtigt seien beziehungsweise wie es möglich sei, dass eine Person seit April 2011 an einer schwerstgradigen Angststörung leide und gleichzeitig Reisen in fremde Kulturkreise, die auch von nicht beeinträchtigten Personen mitunter als durchaus herausfordernd geschil dert würden, unternehmen könne, äusserte er sich folgendermassen (S. 11 f. Ziff. 6a). Zuerst ist hier festzuhalten, dass strukturelle Störungen in der ICD-10 kaum direkt abgebildet werden können. Sich in Kindheit und Jugend manifestierende Störungen der Persönlichkeitsentwicklung werden unter dem Kapitel F6, Persönlichkeitsstörungen codiert. Weil das Funktionsniveau der Klientin bis zur

Dekompensation hoch bis sehr hoch war, kann hier keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Dennoch handelt es sich de facto um eine Störung aus dem Persönlichkeitsbereich. Durch die funktionierenden Bewältigungsmechanismen wurde die Störung aber erst beim aktuellen Ereignis manifest. Dies kann in der ICD-10 nicht direkt codiert werden. Deshalb ist gleichsam eine Übersetzung der Diagnose notwendig. Wie ich schon im Gutachten geschrieben habe, ist das Leitsymptom Angst. Auf die Gefahr hin, mich zu wiederholen betone ich erneut, dass sich diese Angst nicht in allen Lebensbereichen gleich zeigt. Die Angst und ihre Begleiterscheinungen, welche ebenfalls schwierig zu codieren sind, nämlich kognitive Blockaden, affektive Überschwemmung, Orientierungs- und Ratlosigkeit, müssten deshalb als nicht näher bezeichnete Angststörung ICD-10 F41.9 codiert werden. Ich habe aus drücklich keine generalisierte

Angststörung diagnostiziert, weil die Kriterien dafür nicht erfüllt sind. Dies bedeutet, dass die Angst eben nicht in allen Situationen gleich stark auftritt. Die aktuellen dysfunktionalen Bewältigungsversuche der Klientin bestehen eben darin, sich möglichst weit (psychisch wie physisch) von der Bedrohung, welche diese Angstattacken auslöst, zu entfernen. Im inneren Erleben der Klientin verkörpert nur schon der Gedanke an Arbeit mit der Möglichkeit erneuter Entwertung ein angsteinflößendes, unüberwindbares Hindernis. Die Klientin fühlt sich nicht in der Lage, sich diesem Umstand in einem therapeutischen Setting zu stellen. Wie oben erwähnt, ist dies dysfunktional, ebenso ist der Versuch, sich Erleichterung zu verschaffen durch weite Reisen, letztlich dysfunktional. Dies ist aber dennoch möglich, weil sich die Klientin -wenn auch vergeblich - sich davon „Heilung“ erhofft. Wie oben ausführlich erläutert, handelt es sich nicht um eine generalisierte

Angststörung. Die Krankheit wurde ausgelöst dadurch, dass das Mobbing am Arbeitsplatz den zentralen Bewältigungsmechanismus, nämlich die Regulierung des Selbstwertes durch sehr gute bis hervorragende Leistungen am Arbeitsplatz mit der entsprechenden Anerkennung, zerstört hat. Im inneren Erleben der Klientin ist das die grösste Niederlage und die grösste Bedrohung. Wie schon die Therapeuten berichten, findet nur schon beim Sprechen über Arbeit eine psychische Dekompensation statt. Daraus kann nicht abgeleitet werden, dass sich die Klientin nicht an Orte zurückziehen kann, wo sie sich von diesem Druck und diesen Gedanken befreit fühlt, auch wenn diese Orte in fernen Ländern liegen.

E. 4.7

Zur Frage, warum aus dem Verlust der Handlungsfähigkeit in Momenten der unkontrollierbaren Überschwemmung mit negativen Gefühlen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jede denkbare Tätigkeit folge, äusserte er sich folgendermassen (S. 12 Ziff. 6b): Weil aktuell regelhaft und unüberwindbar

jede Konfrontation mit der Anforderung, sich in einem beruflichen Umfeld beweisen zu müssen, zur Dekompensation führt. Die Klientin ist in diesen Momenten nicht mehr in Kontrolle. Ihre Regulationsfähigkeit ist weg. Sie kann ihr inneres Erleben nicht mehr abgleichen mit der existierenden Realität. Sie ist überschwemmt und nicht mehr handlungsfähig. Es besteht kein begründeter Zweifel daran, dass sie in diesem Zustand nicht arbeiten kann. Das ist nicht eine Interpretation oder emotionsgeladene Schilderung, das ist ein Befund. Dieser Befund ist mehrfach beobachtet worden, der Auslöser

- nämlich Ansprechen des Themas Arbeit - ist bekannt. Dieser Befund ist reproduzierbar und deshalb valide. Es gibt keine Hinweise dafür, dass dieser Zustand sich in der jetzigen Situation ändern würde. Denkbar wäre bei dieser Klientin eine Evaluation der funktionellen

Leistungsfähigkeit. Dies ist jedoch m.E. wegen Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus medizinischer Sicht unzumutbar. Umso notwendiger ist eine therapeutische Behandlung. Ohne eine solche besteht die grosse Gefahr bleibender Invalidität.

E. 4.8

Am 7. April 2017 nahm Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, zu den Ausführungen des Gutachters noch einmal Stellung (Urk. 42).

Sie führte unter anderem aus, es fehlten folgende, in einem Gutachten unentbehrliche Angaben, wie (S. 4 Mitte): - Familienanamnese - Wohnverhältnisse - finanzielle Verhältnisse - Beziehungsnetz / -gestaltung - Freizeit / Hobbies - Tagesablauf - Ressourcen / Stärken - krankheitsspezifische Faktoren (Aggravation, Selbstlimitierung) - Belastungsprofil - medizinische Massnahmen

Der Gutachter interpretiere Aussagen der Versicherten, die offenbar während der Begutachtung nicht diskutiert worden seien, aus seiner Sicht der Dinge, was zum Teil sehr spekulativ sei. Die Diagnosen seien so auch nicht klar nachzuvollziehen (S. 4 unten).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin beantragte, auf das eingeholte Gutachten sei aus näher dargelegten Gründen nicht abzustellen (Urk. 23 S. 3 oben).

Dies ist nicht ganz unverständlich. So wurden namentlich in der Stellungnahme seitens des RAD (vorstehend E. 4.1) einige Kritikpunkte benannt, die nachvollzogen werden können. Dies betrifft die Feststellung, der Gutachter scheine die Fakten aus der Lebensgeschichte eher selektiv - mit Blick auf deren Eignung, die gestellte Diagnose zu belegen - anzuführen; auch seitens des Gerichts musste der Gutachter gebeten werden, die Kriterien seines offensichtlich selektiv gehaltenen Aktenauszug zu erläutern. In der Tat erscheint im Vergleich zur Deutung des Gutachters, biografisch liessen sich zahlreiche (und - so der erweckte Eindruck - ausschliesslich) angstbesetzte Erlebnisse und damit belastende Elemente benennen, die vom RAD-Arzt vorgenommene, entgegengesetzte Würdigung von mindestens ebenbürtiger Plausibilität. Gleiches gilt für die Frage, ob die nach dem Arbeitskonflikt unternommenen Reisen als Flucht-Reaktion und pathologisches Vermeidungsverhalten die Beurteilung durch den Gutachter bestätigten, oder ob sie nicht eher auf ein ausserhalb der Erwerbssphäre unter Beweis gestelltes beachtliches positives Funktionsniveaus schliessen lassen.

Zutreffend ist die Kritik, im Gutachten fehlten detaillierte Angaben zum Tagesablauf, wie der integral zitierte Abschnitt (vorstehend E. 3.4) belegt. Diesbezüglich erscheint insbesondere bemerkenswert, dass der Gutachter an dieser Stelle anstelle von substantiellen Angaben zu den im Titel des Abschnitts genannten Bereichen davon berichtete, er habe die Versicherte auf das - später diagnostisch dominierende - Thema der Angst angesprochen, sie selber habe entsprechende Empfindungen im ersten Anlauf verneint. Dies ist um den Hinweis des Gutachters selber zu ergänzen, dass in den vorangegangenen Beurteilungen Angst kein Thema gewesen sei, was er allerdings als kaum nachvollziehbar erachtete (vorstehend E. 3.7).

Nur teilweise zutreffend ist die Auflistung der von der RAD-Ärztin als fehlend monierten Angaben (vorstehend E. 4.8). Zu einzelnen der von ihr erwähnten Elemente finden sich im Gutachten durchaus Angaben, wenn auch zumeist nicht entsprechend rubriziert, sondern

unter anderen Titeln oder gleichsam en passant bemerkt und in diesem Sinne nur indirekt abgehandelt. Dies gilt für die Familienanamnese, die Beziehungsfrage, Freizeit/Hobbies sowie medizinische Massnahmen. Zu den anderen genannten Aspekten allerdings ist das Gutachten tatsächlich unergiebig.

Die Kritik, die Diagnosen seien nicht klar nachvollziehbar (vorstehend E. 4.8), knüpft an die Ausführungen des Gutachters an, angesichts des bis zur Dekompensation hohen bis sehr hohen Funktionsniveaus könne keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, und dennoch handle es sich „de facto um eine Störung aus dem Persönlichkeitsbereich“, die aber in der ICD-10 „nicht direkt“ codiert werden könne, weshalb „gleichsam eine Übersetzung“ der Diagnose notwendig sei (vorstehend E. 4.6). Eine solche Betrachtungsweise ist in der Tat zumindest unkonventionell. Festzuhalten bleibt immerhin die klare Aussage im Gutachten selber, es seien keine somatoforme Schmerzstörung, keine Persönlichkeitsstörung und keine perinatale hypoxische Hirnschädigung zu diagnostizieren (vorstehend E. 3.7), sowie die Bestätigung, das Verwerfen der früheren Diagnosen eines Verdachts auf kombinierte Persönlichkeitsstörung und einer atypischen Depression sei zutreffend (vorstehend E. 4.4). Übereinstimmung auch im Zeitverlauf besteht sodann bezüglich der schon 2012 von behandelnder Seite (vorstehend E. 2.1) diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (vorstehend E. 3.6).

Seitens des RAD nicht angesprochen, aber als zumindest befremdlich bleibt zu erwähnen, dass der Gutachter unter anderem ausführte, denkbar wäre eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (vorstehend E. 4.7), geht es dabei doch um die Abklärung von auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurückzuführende n Leistungseinschränkungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_70/2017 vom 27. März 2017 E. 3.2), was vorliegend angesichts einer ausschliesslich psychiatrischen Problematik mit Sicherheit nicht indiziert ist.

E. 5.2

Wenn also durchaus gewisse Zweifel an der Verwendbarkeit des eingeholten Gutachtens zwar nachvollziehbar sind, so bedeutet dies jedoch, anderes als von der Beschwerdegegnerin beantragt (Urk. 23 S. 3 oben), nicht ohne weiteres, dass ein weiteres Gutachten einzuholen sei. Auch der die Beschwerdegegnerin und das Gericht verpflichtende Untersuchungsgrundsatz (vorstehend E. 2.2) gilt nicht schrankenlos. Sollten die pflichtgemäss getätigten zusätzlichen Abklärungen zur Erkenntnis führen, dass sich auch aus ihnen keine hinreichenden rechtsgenügelichen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer versicherungsrelevanten Beeinträchtigung ergäben, so hätte es - so jedenfalls die einschlägige Rechtsprechung (vorstehend E. 1.2) - damit sein Bewenden zu haben.

E. 5.3

Vor diesem Hintergrund ist somit zu prüfen, wie es sich mit dem im Verfügungszeitpunkt (August 2013) geklagten Gesundheitsschaden im Lichte aller verfügbaren Beurteilungselemente verhält.

Die Versicherte geriet im Alter von rund 51 Jahren in einen Konflikt am Arbeitsplatz, an dem sie seit 12 Jahren tätig gewesen war. In der Folge war sie krankgeschrieben und begab sich im April 2011 in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, die sie 2013 wieder beendete (vorstehend E. 3.2).

Bis zum Arbeitsplatzkonflikt waren - so der Gutachter - die Ressourcen der Versicherten sehr hoch (vorstehend E. 3.5), sie bewegte sich über Jahrzehnte auf hohem kognitivem Niveau ohne jedwelche Auffälligkeit (vorstehend E. 3.7 am Ende), hatte ein hohes Funktionsniveau (vorstehend E. 4.2), ihr Funktionsniveau war bis zum Arbeitsplatzkonflikt hoch bis sehr hoch (vorstehend E. 4.6).

Auf den Arbeitskonflikt habe sie - so der Gutachter - mit einem klassischen Vermeidungsverhalten reagiert, wozu auch die Reisen nach Thailand und Indien zählten, und in der Entwicklung sei es zu zunehmenden funktionellen Einschränkungen gekommen (vorstehend E. 3.5). Es handle sich um einen dysfunktionalen Bewältigungsversuch; dieser habe 2012 noch nicht das ganze Leben der Klientin bestimmt, sie sei noch in der Lage gewesen, ihre dysfunktionalen Ersatz-Bewältigungsmuster - Ablenkung, Aufenthalte in der Natur, Treffen mit Freundinnen und auch Reisen an Orte, die möglichst weit weg sind von all dem Druck und der Angst - auszuüben. Die funktionellen Einschränkungen hätten sich vor allem zu Beginn nicht in allen Bereichen des Lebens gleich stark gezeigt (vorstehend E. 4.5).

Der dysfunktionale Bewältigungsversuch des Zusammenbruchs nach dem Arbeitsplatzkonflikt bestehe darin, „möglichst nur schon jeden Gedanken an Arbeit zu vermeiden“. Schon im Rahmen der Behandlung (2011/2012) habe sich „bereits beim Thematisieren von Arbeit“ das Vollbild der Beeinträchtigung gezeigt (vorstehend E. 4.5). Es handle sich um eine schwerstgradige Angststörung, eine pathologische, extreme, existentielle Angst (vorstehend E. 3.5). Zwischenzeitlich habe sich eine „initiale Angst vor allem, was mit Arbeit zu tun hat“, auf viele Bereiche des Lebens ausgeweitet (vorstehend E. 3.6). Die Angststörung werde „nur schon beim Gedanken an jegliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aktiviert“ (vorstehend E. 3.7). Im inneren Erleben der Klientin verkörpere nur schon der Gedanke an Arbeit ein angsteinflössendes, unüberwindbares Hindernis (vorstehend E. 4.6).

E. 5.4

Die relevante Störung ist gemäss der wiederholten und übereinstimmenden Charakterisierung durch den Gutachter eine Aversion ausschliesslich gegen Erwerbsarbeit. Dies führt zur folgenden, zentralen Frage:

Kann die dysfunktionale Bewältigung - Fehlverarbeitung - eines Arbeitsplatzkonflikts, die sich als eine Aversion ausschliesslich gegen Erwerbsarbeit bei in den anderen Lebensbereichen intaktem Funktionsniveau manifestiert, eine versicherungsrelevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen?

Die Frage darf und muss hier so gestellt werden, weil belegt ist, dass sich die Einschränkung im massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (August 2013) genau und ausschliesslich auf diesen Ausschnitt aus dem gesamten Tätigkeitsspektrum bezogen hat. Die vom Gutachter konstatierte spätere Ausweitung auf andere Lebensbereiche ist, als blosse Folgeerscheinung und Reflexwirkung, für den strittigen Anspruch im massgebenden Zeitpunkt nicht von Belang.

Die Frage ist im gegebenen Kontext klar zu verneinen. Dies insbesondere, weil zwei qualifizierende Elemente - die auch in der Beurteilung der Anspruchsrelevanz depressiver Störungen Beachtung finden (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 , 140 V 193 E. 3.3 , 137 V 64 E. 5.2) - dies bestätigen, nämlich die prinzipielle Behandelbarkeit der Beeinträchtigung und deren effektiv unternommene (oder eben eingestellte) Behandlung: Die nach dem

Arbeitsplatzkonflikt aufgetretenen Beeinträchtigungen wurden als behandelbar eingestuft, dies sowohl 2012 von behandelnder Seite, indem ein mittel- oder langfristiges Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit angenommen wurde (vorstehend E. 2.1), als auch vom Gutachter, der gar die Notwendigkeit einer Behandlung unterstrich (vorstehend E. 3.7). Die entsprechenden Behandlungsoptionen wurden sodann nicht ausgeschöpft. Die Versicherte hat die ursprünglich aufgenommene Therapie 2013 aufgegeben, weil sie den Eindruck gewonnen hatte, dass diese sie mehr belaste als ihr gut tue. Dass der Therapeut mit dem Abbruch einverstanden gewesen sei, ändert nichts daran, dass damit die therapeutischen Anstrengungen beendet waren. Spätere ambulante oder gar stationäre Behandlungsversuche sind weder aus den Akten ersichtlich noch von irgendeiner Seite erwähnt worden.

E. 5.5

Somit steht fest: Vorliegend vermag die als Fehlverarbeitung eines Arbeitskonflikts aufgetretene Aversion ausschliesslich gegen Erwerbsarbeit - die als behandlungswürdig und behandelbar eingestuft, in der Folge jedoch nicht adäquat beziehungsweise nicht genügend nachhaltig behandelt wurde - keine versicherungsrelevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu begründen.

Damit ist die Frage der anspruchrelevanten Arbeitsfähigkeit beantwortet und von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d).

Mithin erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerden führt.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss je hälftig den Beschwerdeführerinnen aufzuerlegen.

E. 6.2

Gemäss verbindlicher Feststellung war der Sachverhalt ungenügend abgeklärt (vorstehend E. 2.2). Das hiesige Gericht stützte sich den Sachverhalt betreffend auf die Akten der Beschwerdegegnerin. Demnach waren deren Abklärungen ungenügend und dafür ausschlaggebend, dass ein Gerichtsgutachten einzuholen war.

Somit sind die Kosten für das Gutachten vom 22. Juli 2016 von Fr. 7'660.-- (Urk. 20) und für die ergänzende Stellungnahme vom 14. Februar 2017 von Fr. 791.40 (Urk. 38), resultierend in einem Total von Fr. 8'451.30, von der Beschwerdegegnerin dem Gericht zurückzuerstatten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Beschwerdeführerinnen je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Gutachtenskosten von total Fr. 8'541.40 zurückzuerstatten. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich -
Rechtsanwältin Barbara Laur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle -
Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 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

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