

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01259 vom 15. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01259)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01259 du 15 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01259 del 15 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1965 geborene X.\_\_\_\_ war zuletzt vom

4. Juli 2005 bis 31. Dezember 2013 in einem 50 % -Pensum als Raumpflegerin im Y.\_\_\_\_ sowie vom

6. April 2009 bis 31. Dezember 2012 in einem Pensum von rund

15 % (6.5 Stunden pro Woche) als Haushalthilfe für die Z.\_\_\_\_ tätig (Urk. 6/12/2

f. und Urk. 6/16/1

f.). Am 20. September 2011 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Entzündung des Vestibularnervs bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und sprach der Versicherten Integrationsmassnahmen zu (Job-Coaching und Support am Arbeitsplatz; Urk. 6/32 und Urk. 6/35), welche sie mit Mitteilungen vom 24. Juni 2013 wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes abschloss (Urk. 6/66 und Urk. 6/67). Darauf hin liess die IV-Stelle die Versicherte polydisziplinär begutachten (Expertise vom 19. Januar 2015 ; Urk. 6/111) und veranlasste eine Abklärung im Haushalt (Urk. 6/113). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/115) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 3. November 2015 (Urk. 2) ab.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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. 1.2**

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 her stellen, 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. 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. 1.3**

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 8. Dezember 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 3. November 2015 sei aufzuheben und die Vorinstanz sei zu verpflichten, ihr ab Mai 2012 eine Invalidenrente auszurichten. Zudem sei ihr die unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung zu bewilligen. Am 5. Januar 2016 (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 3. November 2015 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit seit 1. April 2012 wieder vollumfänglich zumutbar sei. Das einjährige Wartejahr habe sie somit nicht erfüllt. Die Kritik am psychiatrischen Teilgutachten stelle im Wesentlichen eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts dar.

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das psychiatrische Teilgutachten habe - aus näher dargelegten Gründen - keinen rechtsgenügenden Beweiswert (S. 4-7). Nach dem Erstellen des Gutachtens bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung sei zudem über ein Jahr vergangen. Eine solch lange Zeitspanne verbiete es, das Gutachten als Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs heranzuziehen (S. 5). Gemäss behandelndem Psychiater sei sie zu 50 % arbeitsunfähig. Zudem sei im Rahmen der Invaliditätsbemessung ein mindestens 10%iger Leidensabzug zu berücksichtigen. Es resultiere daraus ein mindestens 60%iger Invaliditätsgrad mit entsprechendem Rentenanspruch (S. 7). 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin war vom 14. bis 27. Mai 2011 aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Drehschwindels bei der Diagnose einer Neuritis vestibularis sowie einer Somatisierungsstörung im Y.\_\_\_\_ hospitalisiert. Anschliessend weilte sie vom 1. bis 28. Juni 2011 in der A.\_\_\_\_ (Urk. 6/14/12). 3.2

Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2012 (Urk. 6/60/3-7), wo die Beschwerdeführerin vom 6. August bis 15. September 2012 in stationärer Behandlung war, wurde ausgeführt, dass sie aufgrund ihrer körperlichen Erkrankung zunächst eine Anpassungsstörung entwickelt habe, die sich durch die Ausweitung der Symptome zu einer mittelgradigen depressiven Episode entwickelt habe. Zusätzlich habe sich aufgrund der Schwindelsymptomatik eine Panikstörung entwickelt, die zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten geführt habe. Zwischenzeitlich habe sich eine Besserung der Symptomatik ergeben, die zu einem Arbeitsversuch geführt habe. Aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe dieser wiederum abgebrochen werden müssen. Die depressive Symptomatik habe sich leicht gebessert, bei einer momentan leichten depressiven Episode. Die Angstsymptomatik persistiere und stehe im Vordergrund des psychischen Geschehens (S. 3). 3.3

In ihrem Bericht vom 3. Juni 2013 (Urk. 6/65/1-8) hielten die behandelnden Fachpersonen Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung (seit 2011), zur Zeit schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, seit Mai 2013 (ICD-10 F33.2) - Sekundärer somatoformer Schwindel infolge einer Neuritis N. vestibularis links (2011) bei zugrunde liegender Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0; seit 2011) mit/bei einer - Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, depressiven und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0; seit frühem Erwachsenenalter)

Der ebenfalls diagnostizierten Migräne komme keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 27. Oktober 2012 bei ihnen in Behandlung; zuvor sei sie seit 17. November 2011 im E.\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_ ebenfalls durch Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ behandelt worden. Seit Mai 2011 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Zu Beginn der Behandlung sei sie mit mittelgradig depressiv gewesen. Nach einem teilstationären Aufenthalt in der E.\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_ habe sich das Befinden gebessert, sei jedoch sehr schwankend. Ende April 2012 habe sich das Befinden wiederum verschlechtert, und es sei zu einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode gekommen. Nach einem stationären Aufenthalt in der B.\_\_\_\_ habe sich das allgemeine Befinden deutlich gebessert, woraufhin mit einem Belastungstraining am Arbeitsplatz begonnen worden sei. Anfang April 2013 habe sich der Zustand schleichend verschlechtert. Mitte Mai 2013 habe die Beschwerdeführerin erneut die Symptomatik einer mittelgradigen depressiven Episode gezeigt. Ihr sei es dann nicht mehr möglich gewesen, weiterhin zur Arbeit zu gehen. Trotz Behandlung mit einem Antidepressivum habe sich das Befinden weiter verschlechtert (S. 1-3). Gegenwärtig werde die Beschwerdeführerin mit wöchentlichen psychotherapeutischen Einzelgesprächen sowie mit Antidepressiva behandelt. Sie sei seit dem 17. Oktober 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch auf längere Sicht werde von einer reduzierten Leistungsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgegangen (S. 4 f.). 3.4

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem von der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich in Auftrag gegebenen Gutachten vom 7. Dezember 2013 (Urk. 6/85) folgende Diagnosen (S. 17): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, mit beginnender Chronifizierung und ausgeprägter Somatisierungstendenz (ICD-10 F32.11) auf dem Boden einer - akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und hypochondrischen Zügen (ICD-10 Z73.1)

Die Beschwerdeführerin befinde sich in adäquater (medikamentöser und psychotherapeutischer) Behandlung. Ihre Arbeitsfähigkeit sei deutlich reduziert; sie sei in ihrer angestammten 50%igen und auch in einer angepassten (50%igen) Tätigkeit zu 60 % arbeitsunfähig (S. 20; Präzisierung vom 28. Januar 2014, Urk. 6/89/2). Invaliditätsfremde Faktoren (sekundärer Krankheitsgewinn; finanzielle Schwierigkeiten; Probleme, eine neue Wohnung zu finden) seien vorhanden, in der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeits(un)fähigkeit aber bereits mitberücksichtigt (S. 22). 3.5 3.5.1

PD Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin und FMH Rheumatologie, Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin und FMH Rheumatologie, und Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, von der L.\_\_\_\_ führten in ihrem Gutachten vom 19. Januar 2015 (Urk. 6/111/8-71) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 13): - Residualzustand bei Status nach Neuritis vestibularis links, zentral partiell kompensiert (ICD-10 H81.2) - Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) - Somatisierungsstörung (sonstige Organsysteme: Schwindel, ICD-10 F45.38)

Zudem stellten sie - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – die Diagnosen eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10 M53.1) linksbeseitigt, ohne sensomotorische Ausfälle der oberen Extremitäten, von lumbovertebralen Schmerzen (ICD-10 M54.5), eines klinischen Verdachts auf CTS beidseits (ICD-10 G56.0), einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlichen und hypochondrischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) sowie einer Adipositas (ICD-10 E66.9). 3.5.2

Die von der Beschwerdeführerin beklagten Schwindelbeschwerden seien Folge einer durchgemachten Neuritis vestibularis links. Aufgrund der Aktenbefunde und der anamnestischen Angaben bestehe aus neurologischer Sicht an dieser Diagnose wenig Zweifel. Die Symptomatik, die Ausprägung des Schwindels, der Zeitverlauf, der normale MRI-Befund und der Umstand, dass von rheumatologischer Seite her ein cervicogener Schwindel nicht nachgewiesen werden können, seien Indizien dafür. In der aktuellen neurologischen Untersuchung finde man eine partiell zentral kompensierte Unterfunktion des linken Vestibularissystems. Ein Spontan- oder Blickrichtungsnystagmus könne nicht mehr nachgewiesen werden. Im Halmagy-Test (Kopfpuls test) finde man jedoch bei schneller Kopfdrehbewegung nach links eine Einstellsakkade. Damit könne gezeigt werden, dass bei normalen Kopfbewegungen, die das vestibuläre System nicht an die Leistungsgrenze brächten, kein Schwindel entsteht, es aber bei schnellen Kopfbewegungen zu einem kurzzeitigen Dreh- oder Schwankschwindel kommen könne. Damit könnten die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schwindelbeschwerden bei raschen Kopfbewegungen erklärt werden, nicht jedoch der beklagte durchgehende, tageszeitlich akzentuierte Schwindel. Da es dabei zu keinem Spontan- und Blickwinkelnystagmus komme, könne er nicht der Neuritis vestibularis zugeordnet werden und bleibe im Ergebnis unklar.

Ebenso fehle eine Erklärung für die bei der klinisch-neurologischen Untersuchung festgestellten diskrepanten Befunde. So habe die Beschwerdeführerin auf einer gedachten Linie mit offenen Augen kaum gehen können, was mit geschlossenen Augen ohne grössere Schwierigkeiten möglich gewesen sei. Auffallend sei auch die ungerichtete Fallneigung gewesen. Bei einer einseitigen Vestibularisunterfunktion werde eine Fallneigung in eine

bestimmte Richtung erwartet. Für die von der Beschwerdeführerin beklagte, ab Mai 2012 verstärkt aufgetretene, ausgeprägte Müdigkeit verbunden mit vermehrter Schwindel symptomatik lasse sich ebenso keine Ursache finden. Auch lasse sich weder anamnestisch noch aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin ein Neuritisrezidiv verifizieren. Eine Verschlechterung der Symptomatik sei im Übrigen sehr unwahrscheinlich, da es bei einer Neuritis vestibularis gemäss verschiedenen Studien innerhalb von sechs bis zwölf Monaten auch ohne Kortison-Behandlung zu einer kompletten Restitution komme.

Aufgrund der internationalen Klassifikation für Kopfschmerzerkrankungen liege bei der Beschwerdeführerin eine Migräne ohne Aura vor. Hierfür bestehe zusätzlich eine familiäre Belastung. Die Beschwerden träten seit Mai 2011 relativ häufig, zweimal pro Woche auf und würden

drei bis vier Stunden dauern. Sie seien jedoch mit Medikamenten gut kontrollierbar und hätten deswegen nur einen geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Von Seiten des Karpaltunnelsyndroms bestünden lediglich nächtlich betonte Gefühlsstörungen in den Händen, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (S. 14 f.).

Dasselbe gelte für die rheumatologischen Beschwerden in Form von leichtgradigen cervikovertebralen sowie lumbovertebralen Schmerzen, die bei der Untersuchung eher von untergeordneter Bedeutung gewesen seien. Es handle sich dabei um rein myofasziale Beschwerden, die zu keinen sensomotorischen Ausfällen in den Extremitäten führen würden. Hinweise für entzündliche Erkrankungen oder eine Systemerkrankung im Sinne einer Kollagenose würden fehlen. Die Adipositas sei mit einem BMI von 27 nur leichtgradig und habe ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15).

Aus psychiatrischer Sicht werde eine leichte Depression diagnostiziert, was mit der Hamilton-Depressions-Skala-Testung, wo die Beschwerdeführerin

18 Punkte erreiche, bestätigt werde. Der Test weise auf eine dysthyme Grundhaltung in Richtung leichter depressiver Pathologie hin. Da bereits im Herbst 2012 eine leichte depressive Störung und im Dezember 2013 eine mittelgradige Depression diagnostiziert worden seien, handle es sich bei der jetzigen Erkrankung um eine rezidivierende depressive Störung. Eine Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, die sich nach der Neuritis vestibularis entwickelt habe, sei nicht zu diagnostizieren. Die Beschwerdeführerin

habe bereits vor der jetzigen Erkrankung ängstliche Persönlichkeitsmerkmale aufgewiesen, die sich im weiteren Lebensverlauf zu einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-hypochondrischen Ausprägungen entwickelt hätten, die aktuell jedoch nicht sehr stark erscheine. Für etwaige Traumafolgen nach dem Erdbeben von 1980 würden entsprechende Symptome fehlen. Gegenüber früheren Gutachten finde man aufgrund der durchgehenden somatoformen Ausprägung der Symptome neu eine somatoforme Störung als eigenständige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die somatoforme Störung sei wohl durch die Neuritis vestibularis, die ein starkes Gefühl der Unsicherheit hervorgerufen habe, ausgelöst worden und nach Abheilung der Nervenzündung als somatoformes Symptombild weiterbestehen geblieben. Ihr Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werde als graduell und nicht als vollständig beurteilt (S. 15 f.).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aus therapiert und es würden keine weiteren medizinischen Massnahmen, auch keine medikamentösen, empfohlen (S. 18).  
3.5.4

Aus gesamtmedizinischer Sicht stünden die neurologischen Diagnosen mit einem Zustand nach Neuritis vestibularis, die zentral partiell kompensiert sei, und bei raschen Kopfbewegungen weiterhin zu Schwindelattacken führe, so wie die Migräne, die relativ häufig auf trete, jedoch medikamentös beeinflussbar sei, zusammen mit den psychiatrischen Diagnosen im Vordergrund. Die rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig nur leichtgradig sei, sich jedoch bei Auftreten von zusätzlichen psychosozialen Umständen erneut verschlechtern könne, sowie die Somatisierungsstörung hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16).

Aus neurologischer wie auch aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht bestünden keine Inkonsistenzen oder Diskrepanzen (S. 16).

Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Neuritis vestibularis von Mai 2011 bis maximal März 2012 eingeschränkt gewesen. Ab Mai 2012 bestehe aus neurologischer Sicht von Seiten der Schwindelbeschwerden keine begründbare Arbeitsunfähigkeit mehr. Die Migränebeschwerden hätten ebenfalls ab Mai 2011 Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, der Einfluss sei jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt und nur von kurzer Dauer.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Aus somatischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit wegen der Migräneanfälle weniger als 10%. Da die Beschwerdeführerin bisher lediglich in einem 50%-Pensum gearbeitet habe, hätten diese Einschränkungen keine Auswirkung auf die bisherige Tätigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei zu 50% ausgeübt worden, was der Beschwerdeführerin auch weiterhin zumutbar sei. Eine stärkere Arbeitsbelastung habe über Jahre nicht bestanden, so dass von einer allgemeinen Dekonditionierung auszugehen sei, sollte die Beschwerdeführerin eine Vollbeschäftigung anstreben. Aus psychiatrischer Sicht seien der Beschwerdeführerin deshalb vermehrte Pausenmöglichkeiten einzuräumen, was etwa einer Reduktion um 20% bei einer Vollbeschäftigung entsprechen würde (S. 17 f.).

Der Beschwerdeführerin

sei jede Tätigkeit entsprechend ihrem Bildungsniveau zumutbar (80%ige Arbeitsfähigkeit). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Umstellung auf einen neuen Beruf jedoch kaum realisierbar, womit eine angepasste Tätigkeit ausscheide (S. 18).

Wenn man den Abschlussbericht des Jobcoachings studiere, sei die durchgehende Somatisierung der Beschwerden ersichtlich. Bei der Wiedereingliederung habe man noch auf das Ansprechen der Antidepressiva gesetzt, dann aber doch das Aufbautraining abbrechen müssen (S. 64). 3.6

Der Psychiater Dr. C. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. März 2015 zum psychiatrischen Teilgutachten der L. \_\_\_ (Urk. 6/125) fest, aus seiner Sicht bestünden keine Zweifel daran, dass unabhängig von der diagnostischen Zuordnung krankheitswertige persönlichkeitsstrukturelle Aspekte, affektive Beeinträchtigungen und als Ausdruck einer eingeschränkten reflexiven Verarbeitungsfähigkeit eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung die funktionelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigen würden. Hinzu kämen sicher auch IV-fremde Aspekte wie eine gewisse Selbstlimitierung und finanzielle

Sorgen. Berücksichtige man ausschliesslich die medizinisch begründbaren Einflussfaktoren - hierzu zählten auch die eingeschränkte emotionale Belastbarkeit und die erhöhte Erschöpfbarkeit - sei im Längsschnitt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jedwelcher Tätigkeit zu postulieren (S. 4).

#### 4.1

Aus den zitierten medizinischen Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach durchgemachter Neuritis vestibularis namentlich eine psychische Problematik entwickelt hat, weswegen sie seit November 2011 in psychiatrischer Behandlung steht. Dies ist unter den Parteien grundsätzlich unbestritten. Strittig ist hingegen insbesondere die Frage nach den Auswirkungen auf die Arbeitsbeziehungsweise Leistungsfähigkeit. Währenddem die Beschwerdeführerin der Ansicht ist, es bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden, erachtet sich die Beschwerdeführerin

lediglich als zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 7). In diesem Zusammenhang ist vorab zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine diesbezügliche Einschätzung gestatten. 4.2

Gemäss den medizinischen Experten der L.\_\_\_\_ (Gutachten vom 19. Januar 2015) besteht aus neurologischer Sicht eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit Mai 2011; ab Mai 2012 liegt seitens der Schwindelbeschwerden keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor, und die migräne bedingte Einschränkung beträgt weniger als 10%. Aufgrund der psychischen Beschwerden wird (bezogen auf eine Vollzeitbeschäftigung) eine Arbeitsfähigkeit von 20%

attestiert (vgl. E. 3.5.4 hievor). Der begutachtende Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ hielt jedoch ausdrücklich fest, dass seine Aussage bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des depressiven Zustandsbildes erst ab dem Begutachtungszeitpunkt, mithin erst ab August 2014, gelte;

mit Bezug auf den Verlauf der psychischen Beschwerden führte er lediglich aus, dass das depressive Zustandsbild Schwankungen unterliege (Urk. 6/111/69). Entsprechend setzte er sich weder mit dem Gutachten des Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ auseinander, welcher im November 2013 zuhanden der beruflichen Vorsorge eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit bei 50%iger Arbeitstätigkeit festgestellt hatte, noch mit dem Bericht der behandelnden Fachpersonen Dr. C.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. D.\_\_\_\_, welche von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 17. Oktober 2012 ausgegangen waren. Ob seit April 2012 ab keinem Zeitpunkt längerfristig eine relevante Arbeitsunfähigkeit bestand, kann damit nicht schlüssig beurteilt werden. Auch trifft nicht zu, dass über Jahre keine stärkere Arbeitsbelastung als 50% bestand, wie dies Dr. I.\_\_\_\_ ausführte (Urk. 6/111/70); die Beschwerdeführerin war ab April 2009 zusätzlich im Nebenerwerb als Haushalthilfe tätig (Urk. 6/12/3).

Im gesamten hier zu beurteilenden Zeitraum waren mehrfach mittelgradige depressive Episoden (vgl. Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2012 [E. 3.2 hievor], Gutachten des

Dr. F.\_\_\_\_ zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich vom 7. Dezember 2013 [E. 3.4 hievor],

Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 28. April 2014 [Urk. 6/103/3-8], Abschlussbericht der E.\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2014 [Urk. 6/102]) beziehungsweise ab Mai 2013 eine

schwere depressive Episode diagnostiziert worden (Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2013 [E. 3.3 hievor]) , und

die Beschwerdeführerin stand seit November 2011 bei zunächst zwei-, spätestens ab Juni 2013 bis mindestens November 2013 bei wöchentlichen Sitzungen in psychiatrischer Behandlung (vgl. Urk. 6/65/4 und Urk. 6/85/12). Eine nähere Auseinandersetzung damit findet sich im psychiatrischen Teilgutachten der L.\_\_\_\_ nicht.

Zum Aufenthalt in der M.\_\_\_\_ , auf welchen durch Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 6/125 S. 2) sowie im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 28. April 2014 (Urk. 6/103/7) hingewiesen wird, ist den Akten nichts zu entnehmen. 4.3

Auf die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, der ohne weitere Begründung und im Unterschied zu den L.\_\_\_\_ -Gutachtern

von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in sämtlichen angepassten Tätigkeiten ab April 2012 ausging, kann nach dem Gesagten ebenfalls nicht abgestellt werden (Urk. 6/114 S. 8). 4.4 4.4.1

Weiter ist festzuhalten, dass bei Berichten von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das alleinige Abstellen auf Berichte von behandelnden Ärzten ist nur zulässig, wenn diese ein stimmiges und vollständiges Bild des Gesundheitszustandes abgeben (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 828/06 vom 5. September 2007 E. 4.3 mit Hinweisen), was hier nicht der Fall ist. 4.4.2

Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. D.\_\_\_\_

ist die Beschwerdeführerin unter anderem aufgrund einer seit dem frühen Erwachsenenalter bestehenden Persönlichkeitsstörung seit Oktober 2012 zu 100 % arbeitsunfähig .

Persönlichkeitsstörungen im Sinne von ICD-10 F60-F62 unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an. Persönlichkeitsänderungen dagegen werden im Erwachsenenalter erworben ( Dilling/Mambour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274 f. ; zum Ganzen etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_519/2014 vom 14. Oktober 2015 E. 5.3).

Aus dem Lebenslauf der Beschwerdeführerin ergibt sich, dass sie seit 1985 stets erwerbstätig war (Urk. 6/21/1); so arbeitete sie unter anderem von

Oktober 1998 bis Juli 2005 bei der O.\_\_\_\_ , welche ihr ein gutes Arbeitszeugnis ausstellte (Urk. 6/21/3). Die betreffende Stelle wurde aus wirtschaftlichen Gründen aufgehoben. Auch ihre Berufsausbildung als Schneiderin musste die Beschwerdeführerin nicht aus gesundheitlichen Gründen aufgeben, sondern wegen eines schweren Erdbebens in ihrer damaligen Heimat (Urk. 6/111/59). In Anbetracht ihrer Erwerbsbiographie ist nicht nachvollziehbar, weshalb sie heute aufgrund einer seit dem frühen Erwachsenenalter bestehenden Persönlichkeitsstörung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll, bis Mai 2011 jedoch uneingeschränkt einer Erwerbstätigkeit nachgehen konnte ;

von einem von den behandelnden Fachpersonen abgegebenen stimmigen Bild des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin kann in soweit nicht gesprochen werden.  
4.4.3

Zudem bestehen deutliche Hinweise auf psychosoziale Belastungsfaktoren (Scheidung, Stress am damaligen Arbeitsplatz, finanzielle Probleme, Kündigung, schwierige Wohnungssuche, Konflikte mit dem Partner; Urk. 6/10/8, Urk. 6/85/11 und Urk. 6/103/4). Inwiefern Dr. C.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. D.\_\_\_\_

solche Faktoren bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigten, ist aus dem Bericht vom 3. Juni 2013 nicht ersichtlich.

In seiner Stellungnahme vom 16. März 2015 räumte

Dr. C.\_\_\_\_ zwar das Vorliegen invaliditätsfremder psychosozialer Belastungsfaktoren ein, doch begründete er nicht weiter, weshalb er im Längsschnitt von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit ausging. 4.5

Die Begutachtung durch den Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.4 hievor) fand drei Jahre vor Verfügungserlass statt. Ausserdem blieb, wie RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ zu Recht festhielt (Urk. 6/114 S. 7), im Gutachten auch offen, ob beziehungsweise in welchem Ausmass die diagnostizierte depressive Symptomatik im Zusammenhang mit einer Somatisierungstendenz zu sehen ist. Auf die von Dr. F.\_\_\_\_ festgehaltene 60%ige Arbeitsunfähigkeit in einem 50 % -Pensum kann nicht abgestellt werden. 4.6

Was die Abschluss- beziehungsweise Austrittsberichte der B.\_\_\_\_ sowie der E.\_\_\_\_ der F.\_\_\_\_ (E. 3.2 hievor, Urk. 6/65/13-15, Urk. 6/103/3-8 und Urk. 6/102) angeht, äusserten sich die betreffenden Ärzte nicht beziehungsweise nur hinsichtlich eines kurzen Zeitraums zur Arbeitsfähigkeit. 4.7

Nach dem Gesagten drängen sich ergänzende Abklärungen auf, zu welchem Zweck die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, da namentlich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Der Beweiswert des L.\_\_\_\_ -Gutachtens vom 19. Januar 2015 war bereits im Vorbescheidverfahren nicht unfundiert in Frage gestellt worden (vgl. die Kritik des Dr. C.\_\_\_\_ vom 16. März 2015 an der teilweise fehlenden gutachterlichen Auseinandersetzung mit diversen Arztberichten sowie mit den im Rahmen von IV-Integrationsmassnahmen gemachten Erfahrungen; Urk. 6/125). 5.

## **E. 5**

) beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 20. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

### **E. 5.1**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführerin steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu. Diese ist – nach Einsicht in die Kostennote vom 29. Mai 2017 (Urk. 11) – auf Fr. 1'109.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

### **E. 5.3**

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 3. November 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'109.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

### **E. 10**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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