

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00081 vom 22. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00081

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00081 du 22 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00081 del 22 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1956 geborene X.____, Mutter zweier Söhne (Jahrgang 1991 und 1995) und seit Sommer 2012 verwitwet (Urk. 7/18/1 f.), absolvierte eine Berufslehre als Damenschneiderin (Fähigkeitszeugnis vom 3. April 1974, Urk. 7/41/3) und arbeitete anschliessend während rund zehn Jahren auf dem Beruf, bevor sie ab dem Jahr 1984 mit Unterbrüchen bis ins Jahr 2012 vorwiegend als Kioskverkäuferin erwerbstätig war (Lebenslauf, Urk. 7/41/1-2; Auszug aus dem Individuellen Konto [IK], Urk. 7/27). Unter Hinweis auf seit November 2011 bestehende psychische Beschwerden meldet sie sich am 22. September 2013 (Urk. 7/19) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerblich-berufliche und medizinische Abklärungen und erteilte für die Dauer vom 7. April bis 6. Juli 2014 Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining im Z.____ unter Gewährung von Taggeldern (Urk. 7/43). Mit Mitteilung vom 22. Mai 2014 (Urk. 7/53) wurde der Abbruch des Belastbarkeitstrainings per 9. Mai 2014 aus gesundheitlichen Gründen festgehalten und auf die separate Rentenprüfung hingewiesen. Nachdem verschiedene Unterlagen über stationäre und teilstationäre Aufenthalte in der A.____ (A.____; Urk. 7/75 und Urk. 7/82) und in der B.____ eingegangen waren, veranlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 14. Juli 2015, Urk. 7/86). Mit Vorbescheid vom 10. August 2015 (Urk. 7/87) kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an und hielt hieran, nach erfolgten Einwendungen (Urk. 7/95), mit Verfügung vom 7. Dezember 2015 fest (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz über den All gemeinen 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

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Eine leichte depressive Episode ist grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems 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. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E.

E. 1.5

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. 1.6

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 (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 19. Januar 2016 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2015 und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab 1. März 2014 (S. 2). Die IV Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Februar 2016 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 1. März 2016 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsabweisung damit, dass zwar eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen und dependenten Anteilen diagnostiziert worden sei, die Diagnose aber einen Beginn der Krankheit in der Kindheit oder Adoleszenz erfordere und tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster umfasse, die sich in starren Reaktionen in unterschiedlichen persönlichen und sozialen Lebenslagen zeigten (Urk. 2 S. 1 f.).

Die schulische und berufliche Biographie der Beschwerdeführerin sei hingegen nicht weiter auffällig. Bei ihr sei erst im Alter von sechzig Jahren von einer Persönlichkeitsstörung mit sehr grossem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gesprochen worden. Dass eine Persönlichkeitsstörung vorliege, sei damit nicht nachvollziehbar, da sich eine solche bereits im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter manifestiert haben müsste. Das gegenwärtige Zustandsbild sei mit ausgeprägten Persönlichkeitsmerkmalen und einer sehr belastenden und sich über Jahre anbahnenden Lebenssituation und Überforderung erklärbar. Doch selbst wenn eine Persönlichkeitsstörung vorläge, so sei es der Beschwerdeführerin über Jahre möglich gewesen, erfolgreich an diversen Arbeitsstellen, die offenbar ihrem Persönlichkeitsprofil entsprachen, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, weshalb keine schwere Persönlichkeitsstörung vorliege (Urk. 6 S. 2 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Einschätzung des Gutachters Dr. C.____ auf den Standpunkt (Urk. 1), dieser lege umfassend und einleuchtend dar, weshalb er zu den dargelegten Ergebnissen gelange. Es seien auch keine Widersprüche auszumachen und auch die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) führe aus, dass auf das Gutachten abgestützt werden könne. Das Gutachten stelle ausführlich dar, wie sich das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin über die Jahre manifestiert habe, wobei die Krankheit in der Kindheit und Jugendzeit bis ins späte Erwachsenenalter überwunden werden konnte, bis es im Jahr 2011 zu einem Zusammenbruch gekommen sei (S. 10). Es sei festzuhalten, dass die Diagnosen von sämtlichen Ärzten ähnlich lauteten und die Beschwerdeführerin vier Mal stationär in einer psychiatrischen Klinik, danach jeweils in teilstationärer und seither in ambulanter psychiatrischer Behandlung gestanden sei. Der

behandelnde Arzt wie der Gutachter gingen davon aus, dass keine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern lediglich noch eine Stabilisierung des Zustandes erreichbar sei. Es gebe keinen Grund, von diesen Schlussfolgerungen abzuweichen (S. 13). 3.

Streitig ist der Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung auf Grund der Anmeldung vom 22. September 2013 (Urk. 7/19). Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Verfügungszeitpunkt wie folgt: 3.1

Im Austrittsbericht vom 22. August 2012 über die Hospitalisation vom 26. Juni bis 13. August 2012 (Urk. 7/82/1-4) diagnostizierten die Ärzte der A.____ eine mittelgradige depressive Episode. Der Eintritt sei freiwillig auf Zuweisung durch das D.____ bei depressiver Symptomatik vor dem Hintergrund verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren (finanzielle Sorgen, Überforderung am Arbeitsplatz und terminaler Zustand des Ex-Ehemannes bei Lungen-Karzinom) erfolgt (Urk. 7/82/1). Im Verlauf des stationären Aufenthaltes sei eine Remission der depressiven Symptome mit erfolgreichem Aktivitätsaufbau und eine Veränderung dysfunktionaler Kognitionen zu beobachten gewesen. Mit Unterstützung des hausinternen Sozialdienstes seien verschiedene administrative und finanzielle Angelegenheiten, bei denen die Beschwerdeführerin im Vorfeld deutlich überfordert gewesen sei, in die Wege geleitet worden. Bei fehlenden Anzeichen für eine akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung sei am 13. August 2012 ein Übertritt in die teilstationäre Tagesklinik erfolgt (Urk. 7/82/4).

Im Bericht über den teilstationären Aufenthalt vom 14. August bis 14. November 2012 (Bericht vom 10. Dezember 2012, Urk. 7/82/6-9) hielten die Ärzte die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und eines Verdachts auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependenten Anteilen fest. Es sei im teilstationären Verlauf immer wieder zu innerfamiliären Konflikten mit den Söhnen gekommen. Einmalig sei die Beschwerdeführerin dabei vom älteren Sohn leicht gestossen worden, wobei sie auf die rechte Thoraxseite gestürzt sei. Nach einer internistischen Abklärung unter analgetischer Behandlung sei eine komplikationsfreie Remission erfolgt.

Zusammenfassend habe sich die Beschwerdeführerin bei der Umsetzung von an sie gestellten Anforderungen als bemüht, aber sehr unterstützungsbedürftig und mit reduziertem Selbstwert gezeigt. Im teilstationären Aufenthalt habe eine deutliche Aktivitätssteigerung und eine komplette Remission der depressiven Symptomatik erzielt werden können (Urk. 7/82/9). 3.2

Den Berichten der A.____ über die stationäre Behandlung vom 25. Juli bis 22. Oktober 2013 (Bericht vom 12. März 2014, Urk. 7/82/11-13) und die anschliessende teilstationäre Behandlung vom 23. Oktober bis 2. Dezember 2013 (Bericht vom 29. November 2013, Urk. 7/82/15-18) können die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und akzentuierter Persönlichkeitszüge mit ängstlich-dependentem Muster (ICD-10 Z73.1) entnommen werden. Aufgrund eines affektilabilen Zustandsbildes mit impulsivem Verhalten und Suizidgedanken sei als erstes eine Krisenintervention mittels niedrigdosierter Benzodiazepin-Therapie über eine kurze Zeit, gekoppelt mit regelmässiger Kontaktaufnahme durch das Pflegepersonal erfolgt. Hierunter habe sich die Beschwerdeführerin soweit stabilisiert, dass die Benzodiazepine wieder ausgeschlichen werden konnten und sie am multimodalen Therapieprogramm teilnehmen können. Es wurde festgehalten, die Suizidgedanken seien verschwunden gewesen, sie habe weniger bedrückt gewirkt, der Antrieb habe sich verbessert, aber bei

weiterhin schwankendem Stimmungsbild sei die Hoffnungslosigkeit intermittierend immer wieder aufgetreten. Ein Übertritt in das teilstationäre Setting sei am 22. Oktober 2013 erfolgt (Urk. 7/82/13).

Zum Verlauf des teilstationären Settings schilderten die Ärzte, therapeutisch sei weiter an den Themen Selbständigkeit, Abgrenzung gegenüber den Söhnen, Rückfallprophylaxe bezüglich depressiver Einbrüche sowie an der Selbstwertproblematik gearbeitet worden. Die Beschwerdeführerin habe zunehmend an Mut gewonnen, das Selbstwertgefühl habe sich gebessert und gegenüber den Söhnen habe sie sich besser positionieren können und auch wieder Freundschaften gepflegt. Die Stimmung sei stabil gewesen und die Perspektivenentwicklung betreffend Wohnung und Arbeit sei vorangetrieben worden. Die Beschwerdeführerin habe in deutlich gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können und es habe keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden (Urk. 7/82/17).

Im Formularbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 12. November 2013 (Urk. 7/32) stellte der behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie F.____ die Diagnose eines depressiven Zustandsbildes (ICD

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechts erheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichtes 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen).

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. 10

F32.1) sowie eines Verdachts auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependenten Zügen und wies auf seine ambulante Behandlung seit 19. Oktober 2012 hin (Ziff. 1.1 f.). Es bestünde eine depressive Grundstimmung, mangelndes Selbstwertgefühl, Unsicherheit, ein reduzierter Antrieb, Gedankengrübeln sowie ein eingeeengter und weitschweifiger Gedankengang. Die Beschwerdeführerin wirke sehr unbeholfen, unselbständig und überfordert. Sobald die Verarbeitung der neuen Lebenssituation (seit relativ kurzem auf sich selbst gestellte Witwe mit knapp erwachsenen, noch bei ihr lebenden Söhnen) genügend erfolgt sei und sie gelernt habe, den Alltag allenfalls mit teilweise beziehungsweise punktueller Unterstützung durch Drittpersonen zu bewältigen, dürfte die Symptomatik abklingen (Ziff. 1.4). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 19. Oktober 2012 attestiert (Ziff. 1.6). 3.4

In einem weiteren Austrittsbericht der A.____ über die Hospitalisation vom 21. Dezember 2013 bis 10. Januar 2014 (Bericht vom 3. Februar 2014, Urk. 7/82/19 -22) stellten die Ärzte die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), sowie eine Anpassungsstörung bei Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependenten Anteilen (ICD-10 F43.2). Der Eintritt sei freiwillig in Begleitung der Schwägerin bei zunehmend ängstlicher Symptomatik und Wahnvorstellungen erfolgt. Unter neuroleptischer Therapie mit Zyprexa und in strukturierender und geschützter Umgebung habe sich eine Besserung der Wahnideen und des ängstlichen Zustandsbildes in kürzester Zeit gezeigt.

Im Querschnitt zeige sich eine ängstliche und hilfeschuchende Patientin, die im Rahmen einer Überforderungssituation vor dem Hintergrund einer bekannten dependenten Persönlichkeitsakzentuierung unter wahnhaften Ideen als Ausdruck ihrer Ängste leide. Im Längsschnitt habe sie sich im Kontaktverhalten adäquat und zugewandt, absprachefähig und kooperativ gezeigt. Im Vordergrund stünden vor allem ihre Angst und Unsicherheit, was sich über den Verlauf deutlich gebessert habe. Der Austritt sei in gebessertem Allgemeinzustand in die häuslichen Verhältnisse erfolgt (Urk. 7/82/21). 3.5

Im Bericht vom 10. September 2014 über die neuerliche Hospitalisation in der A.____ vom 7. Mai bis 4. Juni 2014 (Urk. 7/82/23-28) wurde auf einen weiteren freiwilligen Eintritt der Beschwerdeführerin bei zunehmend depressiver sowie ängstlicher Symptomatik wegen einer psychosozialen Belastungssituation vor dem Hintergrund einer bekannten Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependenten Anteilen hingewiesen. Es wurde festgehalten, anfänglich habe die Beschwerdeführerin angegeben, unter Stimmenhören zu leiden und sich von den Nachbarn beobachtet zu fühlen. Unter Olanzapin und in strukturierender und geschützter Umgebung habe sich eine Besserung des ängstlichen Zustandsbildes und der erwähnten Symptomatik innert kürzester Zeit gezeigt. Im Verlauf habe die Dosis von Olanzapin reduziert werden können. Bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Selbst- und / oder Fremdgefährdung sei sie in deutlich gebessertem Zustand in die bestehenden Verhältnissen entlassen worden (Urk. 7/82/27). 3.6

Anlässlich eines stationären Aufenthaltes vom 15. November bis 18. Dezember 2014 hielten die Ärzte der B.____ im Bericht vom 17. Dezember 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/75/1 Ziff. 1.1): - Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F20.0), nicht näher bezeichnet, Verlauf unklar, Beobachtungszeitraum zu kurz F20.9, vermutlich seit 2012 bestehend - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, mit Erstdiagnose im August 2012 und letztem Rezidiv im Juni 2014

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibe die Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependentem Muster F43.2, vermutlich seit längerem bestehend.

Aktuell bestünden keine Bewusstseins-, Orientierungs-, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen und die Beschwerdeführerin sei formal gedanklich unauffällig. Es seien keine Hinweise auf Zwangs- oder Wahnvorstellungen, Sinnes- oder Ich-Störungen eruierbar. Affektiv wirke sie eher zurückhaltend, ängstlich und hilfeschend und im Antrieb zeige sie sich unauffällig. Prognostisch könne die schnelle Regredienz unter regelmässiger Medikamenteneinnahme als günstig gewertet werden. Eher negativ beeinflussend erscheine das rezidivierende Auftreten psychischer Dekompensationen in Situationen der vermehrten Stress- und psychosozialen Belastung. Die Ärzte attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Klinikeintritt bis 18. Dezember 2014 (Urk. 7/75/3). 3.7

Der von der Beschwerdegegnerin bestellte Gutachter Dr. C. ___ nannte in seiner Expertise vom 14. Juli 2015 folgende Diagnosen mit Krankheitswert (Urk. 7/86/30): kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit insbesondere ängstlichen, dependenten Anteilen mit/bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0). Weiter sei von verschiedenen psychosozialen Faktoren auszugehen, welche die Beschwerdeführerin wohl massivst belasteten und depressive Phasen begünstigen dürften. Zu nennen seien unter anderem die Folgenden: Verlust des Ehemannes (Z61.0), Probleme mit dem älteren psychisch erkrankten Sohn (Z63.7), Geldprobleme, Schulden (Z59), Rauchen (Z72.0).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus (S. 31), die Beschwerdeführerin habe bis im November 2011 bei E. ___ im Verkauf zu über 80 % und seither nicht mehr gearbeitet. Ein Pensum über 80 % bei E. ___ oder eine vergleichbare Tätigkeit seien sicherlich nicht mehr möglich. Es seien namhafte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und der Funktionsfähigkeit festzuhalten. Limitierend seien weniger die Befunde im Kontext der aktuell leichten depressiven Episode, sondern vielmehr die Befunde von Seiten der Persönlichkeitsstörung. Von Seiten der depressiven Störung seien vor allem die Antriebsproblematik und eine vorzeitige Ermüdbarkeit, die Gedächtnisprobleme oder die Denkverlangsamung zu nennen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken dürften. Aufgrund der Ausprägung seien Einschränkungen von rund 20 % zu erwarten. Unter Bezug der Befunde der Persönlichkeitspathologie dürften die Einschränkungen deutlich schwerer wiegen. Die Beschwerdeführerin zeige Insuffizienzgefühle, eine ausgeprägte Ängstlichkeit, ein Verlangen sich einzusetzen, sich dem Betrieb und ihren Ansprüchen unterzuordnen, sich anzupassen und sich kooperativ zu zeigen. Angesichts ihrer derzeitigen Fragilität und Hilflosigkeit dürfte sie derzeit kaum in der Lage sein, ihre Ansprüche, aber auch die Ansprüche eines Betriebs zu erfüllen, was zu einer Zunahme der depressiven Beschwerden führen könnte, jedenfalls sei das diesbezügliche Risiko als erheblich anzusehen.

Der Gutachter wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aus dem Häuschen geraten sei, weil sie den Bus und seine Praxis nicht gefunden habe. In diesem Sinne gehe er davon aus, dass sie nicht genügend innere Stabilität aufweise, um eine Arbeitstätigkeit auf dem freien Markt zu realisieren. Medizinisch-theoretisch wäre aufgrund der teilremittierten Depression mit aufgehellter psychotischer Symptomatik und unter adäquater Medikation mit einem Belastbarkeitstraining zu starten.

Im Sinne einer (potentiellen) Zumutbarkeitsbeurteilung sei anzumerken, dass die Beschwerdeführerin gemäss der Persönlichkeitsstörung in einem kleinen Team mit enger

und klarer Führung, wo sie sich zwischendurch auch anlehnen und aussprechen könne, integriert werden sollte (S. 32).

Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit spätestens Anfang 2012 für die bisherige wie für eine angepasste Tätigkeit auszugehen (S. 33 Ziff. 2, S. 35 oben); therapeutische Möglichkeiten, welche eine Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit möglich machen würden, seien nicht zu sehen. Die Beschwerdeführerin sei austherapiert (S. 33 Ziff. 5).

Zur Frage der Restarbeitsfähigkeit für Tätigkeiten im Haushalt hielt der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin dürfte für Tätigkeiten im Haushalt, abgesehen von einer gewissen Verlangsamung, keine Einschränkungen aufweisen, vor allem weil sie kein interaktives Gegenüber vorfinde, dem sie zu gehorchen habe (S. 35 lit. D). 4. 4.1

Die medizinischen Unterlagen führen jeweils ähnliche Befunde auf, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Diagnosestellung. Im ersten Bericht über den stationären und teilstationären Aufenthalt vom 26. Juni bis 14. November 2012

wurde von einer

mittelgradigen depressiven Episode und einem Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich dependenten Anteilen ausgegangen, wobei im Rahmen der Behandlung eine komplette Remission der depressiven Symptomatik festgehalten wurde (E. 3.1). Anlässlich eines weiteren stationären und teilstationären Aufenthaltes vom 25. Juli bis 2. Dezember 2013 wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-dependentem Muster gestellt (E. 3.2). Ein depressives Zustandsbild und einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependentem Zügen diagnostizierte auch der behandelnde Psychiater F.____ (E. 3.3). Bei einer weiteren Hospitalisation vom 21. Dezember 2013 bis 10. Januar 2014 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode,

sowie eine Anpassungsstörung bei einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependenten Anteilen festgehalten (E. 3.4). Im Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 7. Mai bis 4. Juni 2014 wurde über eine zunehmende depressive Symptomatik wegen einer psychosozialen Belastungssituation vor dem Hintergrund einer bekannten Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich dependenten Anteilen berichtet (E. 3.5) und im Bericht über den letzten stationären Aufenthalt vom 15. November bis 18. Dezember 2014 wurden die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie aufgeführt und eine remittierte rezidivierende depressive Störung und Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-dependentem Muster diagnostiziert (E. 3.6), wobei die entsprechende ICD 10-Kodierung F43.2 nicht zutreffend ist, sondern die Anpassungsstörung bezeichnet. Weiterungen hiezu erübrigen sich daher. 4.2

Die behandelnden Ärzte gehen damit übereinstimmend von einer depressiven Symptomatik aus, deren Ausprägung schwankend im Bereich einer mittel- bis leichtgradigen Störung gelegen hat, wobei die stationären Behandlungen jeweils eine Remission der Depression beziehungsweise eine Zustandsverbesserung brachten. Von Behandlerseite wurde auch übereinstimmend über eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich dependenten Anteilen berichtet. Sodann konnte die

anlässlich des letzten stationären Aufenthaltes aufgeführte Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie mangels psychotischen Befunden durch den Gutachter nicht

bestätigt werden (Urk. 7/86/27 unten). Im Weiteren fällt auf, dass bereits im Zusammenhang mit der erstmaligen Hospitalisation — die Beschwerdeführerin war in diesem Zeitpunkt bereits 56-jährig — psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund standen, die die Kriseninterventionen mit stationären und teilstationären Aufenthalten erforderlich machten. Dabei wurde insbesondere auf finanzielle Sorgen, Überforderung am Arbeitsplatz, terminalen Zustand des Ex-Ehemannes bei Lungen-Karzinom und später auf innerfamiliäre Konflikte mit halberwachsenen Kindern und einem psychisch erkrankten Sohn hingewiesen. 4.3

In Bezug auf die depressive Erkrankung ist festzuhalten, dass eine leichte depressive Episode von vornherein keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen vermag (E. 1.4 hier vor). Den dargelegten Arztberichten ist zu entnehmen, dass nur während den Hospitalisationen in der Zeit vom 26. Juni bis 24. November 2012 und vom 25. Juli bis 2. Dezember 2013 mittelgradige depressive Episoden diagnostiziert wurden, welche unter den stationären fachärztlichen Behandlungen jeweils remittierten. Unter diesen Umständen kann nicht gesagt werden, die zeitweise mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis seien therapieresistent, was jedoch rechtsprechungsgemäss für die Annahme eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden Voraussetzung wäre (E. 1.4 hier vor).

Im Weiteren wird das klinische Beschwerdebild massgeblich von psychosozialen Faktoren unterhalten, welche Kriseninterventionen mit stationären und teilstationären Aufenthalten erforderten. Die behandelnden Ärzte beschrieben über einstimmend wesentliche Belastungsfaktoren (finanzielle Sorgen, Überforderung am Arbeitsplatz, gesundheitliche Situation des Ehemannes bzw. dessen Tod, E. 3.1; Verarbeitung der neuen Lebenssituation, E. 3.3; Überforderungssituation, E. 3.4-5). Anhaltspunkte dafür, dass diese IV-fremden Ursachen zu einer selbständigen psychischen Störung und damit zu einer Invalidität geführt hätten (vgl. E. 1.3 hier vor), ist den medizinischen Akten allerdings nicht zu entnehmen. 4.4

4.4.1

Eine kombinierte Persönlichkeitsstörung wurde demgegenüber erstmals anlässlich der Begutachtung im Juli 2015 durch Dr. C. ___ diagnostiziert, wobei ausgeführt wurde, dass diese Persönlichkeitsstörung die Arbeitsfähigkeit und die Funktionsfähigkeit namhaft beeinflusse. Aus der zusätzlichen Diagnose einer leichten depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung wurde im Gutachten geschlossen, dass aus der depressiven Störung Einschränkungen von 20 % resultierten und aufgrund der deutlich schwerer wiegenden Persönlichkeitspathologie insgesamt von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Anfang Juli 2012 auszugehen sei (E. 3.7 hier vor). 4.4.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag eine akzentuierte Persönlichkeit, welche von sämtlichen behandelnden Ärzten beschrieben wurde, keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188 E. 3, 9C_537/2011, oder Urteil 8C_897/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.9).

Im Zusammenhang mit der im Gutachten erstmals diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Diagnosestellung 59 ½ Jahren alt war. In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen umschreiben die diagnostischen Leitlinien eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betreffen. Das

deutlich auffällige und tief greifende Verhaltensmuster muss andauernd und gleichförmig, nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt sein und in vielen persönlichen und sozialen Situationen als eindeutig unpassend in Erscheinung treten. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 284 und S. 276 f.).

4.4.3

Ein derart gestörtes, unpassendes, tiefgreifendes

andauernd und gleichförmig vorhandenes Verhaltensmuster ,

beginnen d in der Kindheit oder Jugend, vermochte der Gutachter anlässlich der zweistündigen Untersuchung nicht zu erheben. Aus der von ihm erhobenen Anamnese sowie aufgrund der übrigen Aktenlage ergeben sich hierfür auch keine Anhaltspunkte. Die im Gutachten dargelegten belastenden Elemente (vgl. Urk. 7/86/22 ff.) , wonach die Beschwerdeführerin in der Schule geplatzt und ausgelacht und wohl auch ausgegrenzt und isoliert worden sei, sind mit mangelhaften Sprachkenntnissen erklärt worden, da zu Hause ausschliesslich italienisch gesprochen worden sei. Nicht auf eine Persönlichkeitspathologie, sondern auf mangelhafte Sprachkenntnisse wurden die spärlichen Schulleistungen zurückgeführt, wobei festgehalten werden konnte, dass trotz schlechter Schulnoten keine Klasse repetiert werden musste . Auch

konnte die Beschwerdeführerin nach der obligatorischen Schulzeit erfolgreich eine dreijährige Lehre als Damenschneiderin absolvieren und sich später zur Modeschneiderin weiterbilden. Die im Gutachten aufgeführten häufigen Stellenwechsel finden in den Akten keine Stütze. Im Gegenteil ist aufgrund des Lebenslaufs und des IK Auszuges von stabilen und langjährigen Arbeitsverhältnissen auszugehen (vgl. auch Sachverhalt Ziff. 1). Die eher spätere Eheschliessung mit 36 Jahren , die Geburt zweier Söhne und die problematische Ehe mit alkoholabhängigem, medikamenten- und spielsüchtigem Ehegatten, welcher die Beschwerdeführerin ausgenutzt habe, beschreiben zwar schwierige Lebensumstände aber keine Pathologie, die auf eine Persönlichkeitsstörung gemäss den klinisch diagnostischen Leitlinien (vgl. E. 4.4.2 hiervor) schliessen lässt.

Letztlich versah der Gutachter seine Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung auch mit verschiedenen Unsicherheiten, führte er doch aus, im Zusammenhang mit der Beziehung der Beschwerdeführerin zum Ehegatten stellte sich etwa die Frage, wieso sie es so lange ausgehalten habe, wenn sie über all die Jahre derart gelitten habe. Er zog eine Abhängigkeit in Betracht und schloss daraus, davon müsse ausgegangen werden, weshalb wohl kaum nur akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) vorgelegen hätten, wie dies in den Arztberichten in den Akten (der A.____) nachzulesen sei (vgl. Urk. 7/86/25). Damit ist aber die im Gutachten aufgeführte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auch nicht gesichert und es kann ihr höchstens der Stellenwert einer Verdachtsdiagnose zukommen, die jedoch nicht geeignet ist , einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu belegen. 4.5

Zwar sind die attestierten Arbeitsunfähigkeiten im Zusammenhang mit

den mehr wöchigen stationären und teilstationären Behandlungen in der A.____

und im

B.____

grundsätzlich nachvollziehbar,

das jedoch lediglich für den beschränkten Zeitraum der entsprechenden Behandlungen. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden ist nach dem Gesagten hingegen zu verneinen. Die Verfügung der IV-Stelle vom 7. Dezember 2015

ist damit nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich, Soziale Dienste Sozialzentrum Hönggerstrasse - 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
Der Gerichtsschreiber
GräubNef

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