

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00217 vom 20. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00217

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00217 du 20 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00217 del 20 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1972 geborene X.____ meldete sich unter Hinweis auf eine Anpassungsstörung am 31. Oktober 2013 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/5). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle nebst den Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/11 und Urk. 7/ 36) einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 7/10) und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/16) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/19, 7/23 und 7/41). Zusätzlich liess sie X.____ am 9. November 2015 – nachdem der ursprüngliche Begutachtungstermin vom 14. September 2015 von der Versicherten unentschieden nicht wahrgenommen worden war (Urk. 7/67 S. 2) – durch Dr. med. Y.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 13. November 2015 [Urk. 7/67]).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die Verwaltung mit Verfügung vom 26. Januar 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 7/70 = Urk. 2).

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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 9. Februar 2016 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1/1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 24. März 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 30. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Schreiben vom 27. September 2016 zeigte Rechtsanwalt Thomas Laube dem Gericht die Rechtsvertretung der Versicherten an (Urk. 9). Am 14. Oktober 2016 reichte er eine Stellungnahme ein (Urk. 13) und stellte folgenden Rechtsbegehren (S. 2): „1. Die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2016 sei aufzuheben. 2. Es sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen zur widerspruchsfreien Abklärung des Sachverhalts und Beurteilung des Leistungsanspruches. 3. Eventuell: Es sei der Versicherten ab dem 1. Oktober 2014 eine befristete Rente von 50 % bis mindestens Ende September 2015 auszurichten. 4. Eventuell: Es seien berufliche Massnahmen durchzuführen.“

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die Beschwerdegegnerin hielt hierauf am gestellten Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (Urk. 15).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenablehnung – unter Hinweis auf die medizinischen Unterlagen – damit, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege, welche eine dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Eine Tätigkeit im angestammten Beruf oder eine andere, hinsichtlich Alter sowie Erfahrungs- und Ausbildungsneue in Frage kommende Arbeit sei der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, der im April 2015 vorgenommene SKID-II (strukturiertes Interview) habe eine Persönlichkeitsstörung gezeigt. Es sei anzunehmen, dass die frühkindlichen und jugendlichen Traumatisierungen wie auch die Vergewaltigung durch den Freund durch den Tod ihrer Mutter wieder virulent in den Vordergrund getreten seien. Es habe deshalb eine irreversible Retraumatisierung stattgefunden. Ihre früher über Jahre aufrecht gehaltene Arbeitsfähigkeit habe sie nicht wiedererlangen können (Urk. 1/2). In ihrer Stellungnahme vom 14. Oktober 2016 hielt die Versicherte in ihrer zusammenfassenden Schlussfolgerung fest, an ihrem IV-Dossier seien fünf Psychiater beteiligt. Sowohl diagnostisch wie auch bei der Arbeitsunfähigkeit sei ein riesiger „Salat“

vorhanden. Die Beurteilung von Dr. Y. ___ sei vor allem deshalb nicht nachvollziehbar, weil sie keine Arbeitsunfähigkeit mehr sehe, jedoch die Leistungsfähigkeit, insbesondere in neuropsychologischer Hinsicht, überhaupt nicht geprüft habe. Mit ihrer Beurteilung stehe sie alleine da. Alle übrigen Psychiater hätten auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geschlossen mit Aussicht auf eine Teilerwerbstätigkeit, die jedoch wegen anhaltender fehlender Belastbarkeit aus psychiatrischen Gründen nicht umgesetzt werden konnte. Es fehle damit an einer widerspruchsfreien, nachvollziehbaren und klaren Sachverhaltserhebung (Urk. 13).

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin A.____ stellten in ihrem Bericht vom 5. Juli 2012 die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). Sie attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die nächsten zwei bis drei Monate und gingen von einer längeren Genesungsphase aus (Urk. 7/11/24-27). 3.
2

Der die Beschwerdeführerin im Auftrag ihrer Krankentaggeldversicherung untersuchende Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pharmazeutische Medizin, diagnostizierte in seinem versicherungsmedizinischen psychiatrischen Konsilium vom 30. April 2013 (Urk. 7/11/10-15) eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und als Differentialdiagnose eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3 [S. 5]). Er gab an, der psychopathologische Befund sei durch eine mittel- bis schwergradige Verschiebung der Stimmungslage zum depressiven Pol hin gekennzeichnet. Die affektive Auslenkbarkeit sei ebenfalls mittelgradig eingeschränkt. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin ängstlich und resigniert. Psychomotorisch sei sie antriebsgemindert. Die kognitiven Fähigkeiten wie Auffassung, Merkfähigkeit und Erinnerung seien im Rahmen der klinischen Prüfung intakt gewesen, die Konzentration indes vermindert. Im formalen Denken – so Dr. B.____ weiter – sei die Versicherte passagenweise leicht verlangsamt gewesen. Das inhaltliche Denken sei situationsentsprechend auf die Schilderung von Biographie und Krankheitsentwicklung gerichtet gewesen. Gedanklich habe praktisch durchgehend eine Beschäftigung mit der momentan schwierigen persönlichen Konstellation nach dem Tod der Mutter überwogen (S. 4 f.). Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei derzeit unbedingt bald erforderlich. Er habe dies mit der Beschwerdeführerin besprochen und sie sei mit diesem Vorgehen einverstanden. Vorläufig, das heisse bis zum Abschluss der nun folgenden Klinikbehandlung, sei sie weiterhin arbeitsunfähig. Anschliessend sollte eine Neubeurteilung erfolgen (S. 5).

E. 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologe D.____ nannten am 26. Februar 2014 (Urk. 7/19) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10 F32.1) und eine Akzentuierung der Persönlichkeit im Sinne von depressiv und schizoid (ICD-10 Z73.1 [S. 1]). Es bestehe nach wie vor eine stark erhöhte Vulnerabilität bei gesteigerter Affektlabilität mit depressiver, teilweise panischer Exazerbation. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Projektmanagerin attestierten sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Januar 2013. Sie beurteilten die Ausübung der bisherigen Tätigkeit aus medizinischer Sicht in einem Pensum von 20 – 40 % als zumutbar, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % bestehe. Eine behinderungsangepasste Arbeit, die in zwei Teilen auszuüben sei, sei ihr zu 30 % möglich, wobei eine Arbeitsleistung von 50 % bestehe (S. 2).

Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden, und zwar im Umfang von 30 – 40 % bei einer stufenweisen Steigerung (S. 3). Im gleichen Bericht

hielten Dr. C.____ und der Psychologe D.____ fest, ein Pensum von 20 % bringe die Beschwerdeführerin bereits an ihre Leistungsgrenze. Mit einer Arbeitsleistung von 60 % bei einem Pensum von maximal 40 % könne innerhalb der nächsten 24 Monate gerechnet werden (S. 1). Eine reine sitzende, stehende oder wechsel belastende Tätigkeit sei ihr während 2.5 Stunden pro Tag mit einer Leistung von 60 % möglich (S. 4).

E. 3.4

Die nämlichen Therapeuten stellten in ihrem Verlaufsbericht vom 21. April 2015

(Urk. 7/41/5-9) die nachstehenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline -Typ (ICD-10 F61.31) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Probleme mit Bezug auf: Akzentuierung von Persönlichkeitszügen paranoid, schizotyp, schizoid (gemäss SKID II) - Sonstige, näher bezeichnete negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.8)

Sie gaben an, die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin gänzlich unmöglich. Was die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Arbeit betreffe, sei die Versicherte mit ihrem Tagesprogramm mit wenig belastenden Aktivitäten im Haushalt bereits ausgelastet. In guten Phasen sei ihr eine Beschäftigung durch Malen möglich. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, die jedoch nicht quantifizierbar sei (S. 1 f.).

E. 3.5

Nachdem Dr. Y.____ die Beschwerdeführerin am 9. November 2015 psychiatrisch untersucht hatte, stellte sie in ihrem Gutachten vom 13. November 2015 (Urk. 7/67) folgende Diagnosen (S. 31): - Komplizierte/Pathologische Trauer, gegenwärtig bis auf Restsymptomatik weitgehend remittiert (ICD-10 F43.23) - nach zwischenzeitlich schwerer depressiver Phase - aufgrund Tod der Mutter in belastenden Umständen (ICD-10 Z63.4) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) - Alleinleben (ICD-10 Z60.2) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine heute 43-jährige, ledige und kinderlose schwedisch-peruanische KV-Angestellte (und diplomierte Verkaufskoordinatorin), die aufgrund des internationalen beruflichen Engagements ihres Vaters vor allem in ihrer ersten Lebensdekade sehr oft innerhalb eines Schuljahres aus dem gerade etablierten Setting (in diversen Ländern in Südamerika und im deutschsprachigen Europa) gerissen worden sei. Sie

beschreibe ein neurotisches Bedingungsgefüge als Einzelkind in einem elterlichen Zuhause mit heute idealisierter, aber strenger und distanzierter Vaterfigur und einer als „manipulativ“ bezeichneten sowie viel jüngeren, nicht-berufstätigen, womöglich an Ängsten und Depressivität erkrankten egozentrischen, kritischen und wenig liebevoll interagierenden Mutterfigur. Etwaige Hinweise auf frühe Individuationsstörungen hätten bei der Befunderhebung keine vorgelegen. Auch hätten lebensgeschichtlich keine möglichen Anzeichen für genuine frühkindliche oder kindliche Traumatisierungen, Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen bestanden (S. 26 f.). Die Versicherte habe einen durchgehend engen Bezug zu ihren Eltern geschildert mit wenig Freiraum für eigene Bedürfnisse wie die Pflege eines eigenen Freundeskreises, zumal sie bis 31-jährig quasi ununterbrochen weiterhin mit ihnen zusammengelebt habe. Erst 2003, ein Jahr nach dem

Tod des hochbetagten Vaters, sei sie ausgezogen, wobei dies von der inzwischen für sie kaum noch tragbaren Zuspitzung der Anforderungen ihrer Mutter, die sie nun vollends für sich „beschlagahmt“ habe, motiviert gewesen sei (S. 27). Im Alltag scheine ihr Befinden, zumindest in der Schweiz, zu stagnieren: sie beschreibe zwar ein Funktionieren im Haushalt, beim Einkaufen und in Funktionen wie Malen sowie Kaffeetrinken mit einer Freundin und täglichen Spaziergängen in die Stadt mit Besuch der Bibliothek. Ansonsten aber werde die Rückkehr in die berufliche Tätigkeit mit der Überzeugung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit abgewehrt. Bei ihrem letzten Aufenthalt in Peru von Juni bis September 2015 habe sie sich hin gegen in der Partizipation am Alltag und

am sozialen Leben der Grossfamilie als treibende Kraft und dynamisch agierende, verantwortungsvolle Nichte für ihre beiden betagten Tanten erwiesen. Sie habe, auch wenn sich in ihrem Schlafzimmer die Aschurne ihrer Mutter befunden habe, keine psychische Destabilisierung erlebt. Die Gutachterin führte weiter aus, anlässlich der Begutachtung habe ein histrionischer

Interaktionsstil mit dramatisierender Selbstdarstellung und reagiblen, spontanem Affekt, dadurch auch emotionale Instabilität im histrionischen Sinne mit rasch wechselndem Affektregister, im Vordergrund gestanden. Die Beschwerdeführerin sei aber durchaus in der Lage gewesen, diese Interaktion sozial adäquat zu modulieren. Etwaige relevante depressive oder ängstliche Symptome seien nicht eruierbar gewesen, und auch psychometrisch hätten keine Indizien für eine noch relevante Depression oder Angststörung vorzulegen. Die beschriebene zurückliegende Dynamik lasse retrospektiv auf eine Manifestation gewisser Persönlichkeitsakzente schliessen, und zwar im Kontext der schweren psychischen Krise und Abschieds- sowie Trauerreaktion nach dem Ableben der Mutter. Die Trauerreaktion habe sich (mit schwerer Depressivität und Gefühlschaos) pathologisch aufgrund eindeutig ungewöhnlich belastender Kontextfaktoren gestaltet: das Auffinden der Leiche der Mutter in schon weit avanciertem Verwesungszustand, so dass eine Identifikation nur über die DNA möglich gewesen sei und der damit einhergehende, vorübergehende Verdacht auf einen unnatürlichen Tod der Mutter, der konkret die Beschwerdeführerin als Verdächtige betroffen habe, und der verunmöglichte physische Abschied von der Mutter. Erschwerend sei dazugekommen, dass die Versicherte zum Todeszeitpunkt ihrer Mutter in den Ferien gewesen sei und sich auch nach ihrer Rückkehr nicht gemeldet habe, weil sie von der Arbeit am Jahresanfang ausserordentlich absorbiert gewesen sei. Dies habe die Basis für die überhöhten Schuldgefühle gelegt, zumal die Beziehung zur Mutter schon jahrelang beziehungsweise seit dem Tod des Vaters erschwert gewesen sei. Auch die Dauer der Trauerreaktion (mehr als drei Jahre) sei als pathologisch zu bezeichnen (S. 29 f.). Die Beschwerdeführerin weise ein normvariantes Persönlichkeitsinventar mit gut ausgebautem affektivem Spektrum, Streben nach Bedürfnis- und Lebensentwurfzufriedenheit sowie an sich guten sozialen Kompetenzen und korrekten Umgangsformen auf. Eine etwaige krankheitswertige Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Auch die Kriterien des Subtyps der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ gemäss ICD-10 F60.31 sei nicht erfüllt. Es würden keine Anhaltspunkte für ein überdauerndes Muster von Selbstverletzungen oder von intensiven, instabilen Beziehungen mit übertriebenen Bemühungen, das Verlassen werden zu vermeiden sowie von Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung vorliegen. Weiter sei die Beschwerdeführerin in ihren inneren Präferenzen (einschliesslich sexuellen) gut gefestigt. Auch eine etwaige Suizidalität als überdauerndes

charakterologisches „Border line“-Merkmal sei nicht abzugrenzen. Bis heute schrecke die Versicherte vor einer Rückkehr in eine Berufstätigkeit zurück, was aus psychiatrischer Sicht nicht mit einem etwaigen relevanten psychischen Leiden verbunden werden könne. Insbesondere würden genügend gesunde Persönlichkeitsressourcen vorliegen, die eine Rückkehr zur angestammten Tätigkeit zumutbar erscheinen liessen. Getrübt werde die Prognose trotz des hinreichend gesunden Persönlichkeitsinventars und der vorhandenen Ressourcen durch die heute bei der Versicherten noch nicht vorhandene Motivation und den noch fehlenden Wunsch nach autonomer Existenzsicherung durch Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt. Die stattgefundene Habituation an einer nun dreidreivierteljährigen Arbeitskarenz sei als negativer prognostischer Faktor zu bezeichnen. Zudem seien inzwischen die psychosozialen Belastungsfaktoren durch Stellenlosigkeit, Alleinleben und finanzielle Sorgen dazu gekommen und es liege aufgrund des lange vorwiegend mit Arbeit und Bezug zur Mutter sowie zu den jeweiligen Partnern definierten Lebensstils (in der Schweiz) ein habituell recht karges soziales Netzwerk vor, wodurch die Prognose ebenso negativ beeinflusst werde (S. 30 f.).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Y.____ fest, in der letzten Tätigkeit als Verkaufskordinatorin/KV-Angestellte habe vom 10. Februar 2012 bis am 8. August 2013 bei dokumentierter schwerer depressiver Symptomatik im Rahmen der pathologischen Trauer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach habe bei noch mittelgradiger depressiver Symptomatik bis spätestens am 10. Juni 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Seit 11. Juni 2015 lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen (S. 33).

E. 3.6

In seiner Stellungnahme vom 17. November 2015 gab

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle an, die Expertise von Dr. Y.____

sei umfassend. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit schloss er sich den Ausführungen der Gutachterin an (Urk. 7/68 S. 5). 4. 4.1

Das Gutachten von Dr. Y.____ beruht auf einer einlässlichen psychiatrischen Untersuchung und berücksichtigt die fallrelevanten Vorakten sowie die geklagten Beschwerden. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein und die Expertin begründete ihre Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands beziehungsweise der Auswirkungen der festgestellten Defizite auf die Leistungsfähigkeit – unter anderem auch unter Bezugnahme auf die Lebenssituation der Beschwerdeführerin – ausführlich und nachvollziehbar. Das Gutachten von Dr. Y.____ entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hievore). 4.2

Entgegen den entsprechenden Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 ff.) besteht im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. Y.____ einzig in Bezug auf diejenige durch Dr. C.____ und den Psychologen D.____ eine widersprüchliche Aktenlage.

Die von den Dres. Z.____ und B.____

abgegebene Einschätzung erachtete die Gutachterin als mit den von ihr gezogenen Schlussfolgerungen konkordant (Urk. 7/67 S. 35). Die von den behandelnden Therapeuten der F.____ im Austrittsbericht vom 12. September 2013

gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (Urk. 7/36/9-12 S. 1) wird sodann von Dr. Y.____ nicht in Frage gestellt (Urk. 7/67 S. 35). Zur Arbeitsfähigkeit wird im betreffenden Austrittsbericht keine Stellung genommen (vgl. Urk. 7/36/9- 12). 4.3

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, sie habe anlässlich der Begutachtung relativ viele Kleider angezogen und schwere Schuhe angehabt (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen , Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 13

S. 6), um ihre Anorexie zu verstecken, ist in dieser Form nicht nachvollziehbar. Denn anlässlich der Exploration gab die Versicherte vielmehr an, sie trage jetzt nur noch enge Kleider, „ das ist ein Manifest ” (Urk. 7/67 S. 15). In Peru habe sie regel mässig gegessen; entsprechend habe sie ein paar Kilo zugenommen (Urk. 7/67 S. 21) .

Eine Grösse von 172 cm bei einem Gewicht von 56 Kilogramm – wobei aufgrund der Kleidung und der Schuhe 1-2 Kilogramm abzuziehen sind – entspricht sodann Normal- respektive leichtem Untergewicht. Eine Anorexia nervosa lag damit nicht mehr vor. Damit im Einklang steht, dass auch ihre psychiatrischen Therapeuten

die entsprechende Diagnose nicht gestellt hatten. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass für eine Parteibefragung (vgl. Urk. 1 3 S. 6; antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen]). Zu ergänzen ist zudem, dass Dr. Y.____ die gesamten IV-Akten – worunter sich auch der Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, vom 5. April 2014 befand – zur Verfügung standen (Urk. 7/67 S. 2). Aus dem Umstand, dass die Krankentaggeldversicherung bis am 10. Mai 2014 ein Taggeld auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bezahlt hat, kann die Beschwerdeführerin sodann nichts zu ihren Gunsten ableiten (Urk. 1 3 S. 5), kommt doch der Entscheidung der nämlichen Versicherung gegenüber der Invalidenversicherung keine bindende Wirkung zu. Gleiches gilt für die Beurteilung der über keine medizinische Ausbildung verfügende n Eingliederungsberaterin der IV-Stelle (vgl. Urk. 1 3 S. 3 f.). Zu bemerken ist schliesslich, dass für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung nicht die genaue Diagnose entscheidend ist, sondern vielmehr die Frage, welche Arbeitsfähigkeit der versicherten Person trotz des Gesundheitsschadens verbleibt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_164/2013 vom 4. September 2013 E. 3.2.1). Was die kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin betrifft (Urk. 1 3 S. 6), geht aus dem Gutachten hervor, dass sie zwar eine Konzentrationsstörung geltend machte, während der zweistündigen Untersuchung dem Gespräch jedoch ohne etwaige Konzentrationsprobleme sehr aufmerksam folgen konnte. Sie habe haargenau beobachtet und kritische Bemerkungen geäußert, wenn ihrer Meinung nach Fragen wiederholt gestellt oder Aspekte schon von ihr beleuchtet worden seien, die Gutachterin dennoch erneut nachgehakt habe. Sie habe sodann gut selbststrukturiert die diversen Aspekte ihrer Biographie, von aktuellen gedanklichen Themen und ihren Zukunftsperspektiven betrachtet (Urk. 7/67 S. 31). Das formale Denken sei geordnet, beweglich und gut selbststrukturiert, aber auf die Befindlichkeit leicht- bis mittelgradig eingeeignet gewesen. Krankheitswertige inhaltliche Denkstörungen seien keine feststellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit seien ungestört (Urk. 7/67 S.

24).

Auf eine relevante Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten ist damit nicht zu schliessen. Zu keinem anderen Ergebnis führen die von Dr. C.____ und dem Psychologen D.____ mittels „Kreuzchensetzung“ geltend gemachten Einschränkungen der psychischen Fähigkeiten (Urk. 1 3 S. 6 und S. 8, 7/19 S. 4 und 7/41/5-9 S. 2 f.), zumal sie auch nicht durch weitergehende Ausführungen untermauert wurden. Der Beweiskraft des Gutachtens von Dr. Y.____ tut – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 3 S. 8) – der Umstand, dass sich die Gutachterin mit den im Bericht vom 2