

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00446 vom 31. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00446 du 31 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00446 del 31 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

8. Juni 2013 ein Beratungsgespräch

mit der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, stattgefunden hatte (Urk. 8/12), meldete sich die Versicherte am 4. Juli 2013 zum Leistungsbezug an (Urk. 8/17). Die IV-Stelle holte bei den behandelnden Ärzten medizinische Berichte ein (Urk. 8/24, 8/27, 8/30, 8/49, 8/52, 8/57) und

liess einen Auszug aus dem individuellen Konto der Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 8/26). Zudem wurde die Versicherte am 26. Juni 2014 durch Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 1. Juli 2014, Urk. 8/36), und am 14. Oktober 2014 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (Haushaltabklärungsbericht vom 2. Dezember 2014, Urk. 8/53). Mit Vorbescheid vom 2. Dezember 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/59). Dagegen erhob die Versicherte am 17. Dezember 2015 Einwand (Urk. 8/62). Am 26. Februar 2016 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne (Urk. 8/68 = 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

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto

ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009, E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012, E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich ist die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine vorausichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015, E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016, E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehenbar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015, E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015, E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015, E. 3.1; 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014, E. 5.4; 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013, E.

4.3.2.1; 9C_250/201

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

ATSG objektiv überwindbar (Urk. 7 S. 3). Zur Qualifikation hielt sie ergänzend fest, die Beschwerdeführerin habe nie mit einem Pensum von 80 % gearbeitet und sie wäre auch bei einem Pensum von 60 % nicht auf Sozialhilfe angewiesen (Urk. 7 S. 3).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor, da die vorliegende psychische Erkrankung nicht erheblich und langandauernd sei. Auf das Gutachten von Dr. Z.____ vom 1. Juli 2014 könne wegen unklarer Diagnostik nicht abgestellt werden. Hinzu komme, dass die Therapiemöglichkeiten eindeutig nicht ausgeschöpft seien. Namentlich habe die behandelnde Psychiaterin festgehalten, dass ein stationärer Aufenthalt dringend angezeigt sei. Ein solcher werde aber von der Beschwerdeführerin abgelehnt. Ferner habe sie sich erst im Jahr 2013 in psychiatrische Behandlung begeben, was auf einen geringen Leidensdruck schliessen lasse. Darüber hinaus weise die Beschwerdeführerin ein hohes Aktivitätsniveau auf (Urk. 2 S. 2).

In der Beschwerdeantwort erläuterte sie, dass sie die Diagnosestellung im Gutachten nicht für nachvollziehbar halte, da für eine über eine Episode hin ausgehende depressive Störung der Code F33 zu verwenden gewesen wäre (Urk. 7 S. 2). Unter Hinweis auf die psychosozialen Belastungsfaktoren führte sie des Weiteren an, dass diese im Gutachten

nicht diskutiert und abgegrenzt worden seien, weshalb davon auszugehen sei, dass die Arbeitsunfähigkeit unter Einschluss dieser Faktoren attestiert worden sei. Es sei daher fraglich, ob unter Ausschluss der psychosozialen Faktoren noch eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Zudem machte sie geltend, depressive Störungen gälten nur als invalidisierend, wenn sie therapeutisch nicht mehr angebar seien, was nicht der Fall sei, da die Beschwerdeführerin einen empfohlenen Klinikaufenthalt ablehne (Urk. 7 S. 2). Dies zeuge zudem von einem mangelnden Leidensdruck. Zusammen mit den vorhandenen Ressourcen und der noch offenstehenden Therapiemöglichkeit sei die durch das Leiden selbst wenn es von den psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöst bestehe - verursachte Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wies in ihrer Beschwerde darauf hin, dass sie - gutachterlich attestiert - sehr motiviert sei, an einer Eingliederung teilzunehmen. Sie habe klarerweise Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen (Urk. 1 S. 8 f.).

Des Weiteren machte sie geltend, auch Dr. med. A.____, Facharzt für Anästhesiologie, Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), habe das Gutachten von Dr. Z.____ in seiner Stellungnahme vom 9. Juli 2014 für beweiskräftig befunden (Urk. 1 S.

E. 6

und S. 9).

Bei der Diagnose einer chronifizierten mittelgradigen Depression mit wiederholten schweren Episoden handle es sich definitionsgemäss nicht um ein vorübergehendes Leiden. Dr. Z.____ habe eine protrahierte depressive Störung und nicht nur eine Episode diagnostiziert und auch aufgrund der übrigen Akten sei klarerweise ausgewiesen, dass es sich um ein längerdauerndes Krankheitsbild handle (Urk. 1 S. 9). Die ICD-Codierung F32.11 betreffe eindeutig nur die momentane Episode. Dem Gutachten komme voller Beweiswert zu (Urk. 1 S. 10).

Zu ihrem Status merkte die Beschwerdeführerin mit näherer Begründung an, dass sie im Gesundheitsfall zu 80 bis 100 % erwerbstätig wäre (Urk. 1 S. 10 f.).

In der Replik brachte sie zudem vor, dass bei ihr fachärztlich und gutachterlich eine protrahierte depressive Erkrankung diagnostiziert worden sei, wobei es sich um eine eigenständige Erkrankung handle (Urk. 14 S. 3). Dr. Z.____ habe im Gutachten sein Unverständnis darüber kundgetan, dass die behandelnde Dr. B.____ einen Klinikaufenthalt empfehle, wenn die Depression sich gerade im Rückgang befinde. Behaupte die Beschwerdegegnerin weiter hin, es handle sich um einen Tippfehler, seien ihr wegen mutwilliger Prozessführung Kosten aufzuerlegen. Im Übrigen bestehe keine Pflicht, sich stationär behandeln zu lassen, schon gar nicht, wenn es mit der laufenden Therapie bereits besser gehe. Da das depressive Geschehen bei ihr vom Gutachter teils als „nervös“, mithin „agitiert“, beschrieben werde, könne vom teilweise hohen Aktivitätsniveau nicht auf das Fehlen eines Leidensdrucks geschlossen werden. Schliesslich wies sie unter Beilage eines Arztberichtes darauf hin, dass sie bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung verdachtsweise an einer demyelinisierenden Polyneuropathie gelitten habe (Urk. 14 S. 3). 3. 3.1

Die seit 5. Februar 2013 behandelnde Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 29. September 2013 als Diagnose mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) bei initialer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) mit längerer depressiver Reaktion nach dem Tod ihrer Tochter (Urk. 8/24 /1). Im ärztlichen Befund beschrieb Dr. B.____ die Beschwerdeführerin als schwer depressiv wirkend, sehr erschöpft und antriebslos. Ihre Verzweiflung sowie ein hohes Mass an Scham über den sozialen Abstieg sei spürbar. Es liege ein hoher Grad an Niedergeschlagenheit vor. Der Tod der Tochter könne nur schwer besprochen werden und sei offensichtlich nur wenig bearbeitet. Sie habe im Gespräch grosse Mühe, die Konzentration aufrecht zu erhalten. Einen gerechtfertigten Klinikaufenthalt lehne die Beschwerdeführerin ab. In den letzten sechs Monaten habe ihr Zustand erheblich stabilisiert werden können. Die depressive Symptomatik sei zurückgegangen und sie habe langsam neue Lebensperspektiven entwickelt, insbesondere auch im beruflichen Kontext. Es liege eine sehr langsame Genesung mit hohem Unterstützungsbedarf bei

- nach heutigem Kenntnisstand - guter Prognose vor (Urk. 8/24/2) .

Die Beschwerdeführerin lasse sich ein- bis zweimal pro Woche

psychotherapeutisch sowie zweimal pro Woche in der Tagesklinik ergotherapeutisch behandeln. An Medikamenten nehme sie Trittico sowie Temesta ein (Urk. 8/24/2). Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.____ fest, bei Genesung sei von einem erheblich höheren Leistungsniveau als in der letzten Anstellung auszugehen. Sie empfehle einen begleiteten stufenweisen Arbeitseinstieg mit Jobcoaching. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne zeitlich unbestimmt in frühestens sechs bis zwölf Monaten gerechnet werden (Urk. 8/24/3 -4). 3.2

Dr. med. C.____, Praktischer Arzt, berichtete am 4. Oktober 2013, er habe die Beschwerdeführerin einmalig am 9. Januar 2013 gesehen. Es habe eine depressive Überlastungsreaktion bei beschriebener Einschlafstörung vorgelegen. Die depressive Episode (ICD-10: F32.9) bestehe vermutlich seit März 2012. Nebst der Medikation empfehle er eine entlastende Gesprächsführung. Er habe der Beschwerdeführerin vom 9. bis zum 25. Januar 2013 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/27). Laut den Angaben von Dr. C.____ vom 28. Juni 2015 blieb es bei der einen genannten Konsultation (Urk. 8/49/1). 3.3

Am 6. Februar 2014 führte Dr. B.____ aus, seit August 2013 sei es zu einer erheblichen Stagnation und teilweise zu einer Verschlechterung des Zustands der Beschwerdeführerin gekommen. Dazu hätten verschiedene äussere Umstände beigetragen. In der Überforderungssituation habe sich eine Non-Compliance eingestellt und die ambulante Ergotherapie sei unterbrochen worden. Seit Januar 2014 finde eine Stabilisierung auf tiefem Niveau statt. Die Compliance sei wiederhergestellt. Im momentanen Zustandsbild sei eine Abschätzung der Rest-Arbeitsfähigkeit nicht möglich (Urk. 8/30/1). Prognostisch sei von einer langsamen Stabilisierung auszugehen (Urk. 8/30/3). Gegenwärtig gehe die Beschwerdeführerin einmal pro Woche in die Psychotherapie sowie einmal pro Woche in die ambulante Ergotherapie in der Tagesklinik. An Medikamenten nehme sie nebst Trittico und Temesta nun noch Cipralex ein. Vom 5. Februar 2013 bis auf Weiteres sei sie vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 8/30/3). Sie gehe immer noch von einer langen Behandlungsdauer aus und empfehle ein Jobcoaching, sobald der Zustand der Beschwerdeführerin dies zulasse (Urk. 8/30/4). 3.4

Dr. Z.____ explorierte die Beschwerdeführer in am 26. Juni 2014 (Urk. 8/36/1). Die Beschwerdeführerin gab dabei an, es gehe ihr zurzeit besser als zuvor. Sie wolle beruflich wieder einsteigen, sei aber noch zu müde und überfordert, um 100 % zu arbeiten. Teilweise habe sie viel Energie, dann sei sie aber wieder sehr müde, energielos, traurig und müsse weinen (Urk. 8/36/4). In seinem Gutachten vom 1. Juli 2014 berichtete Dr. Z.____, die Beschwerdeführerin wirke unsicher, dauernd ängstlich, belastet und sie werde rasch agitiert. Die kognitiven Funktionen seien im Übrigen unauffällig. Die Stimmung sei abgesehen vom Gefühl der Belastung ebenfalls unauffällig. Der Antrieb sei normal (Urk. 8/36/9).

Dr. Z.____ führte aus, die Beschwerdeführerin weise anankastische Persönlichkeitszüge auf, namentlich eine übermässige Gewissenhaftigkeit und Zwanghaftigkeit mit moralischen Selbstzweifeln, einer Tendenz zu Ängstlichkeit und Besorgnis, einer gewissen psychischen Asthenie, sozialen Hemmungen und verminderter Durchsetzungsfähigkeit. Da aber keine eindeutigen und permanenten Störungen im sozialen Funktionieren hervorgehen würden, gebe es keine genügenden Anhaltspunkte für die Diagnose einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung. Die beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale könnten aber zum späteren Auftreten der Stresssymptomatik und der psychosomatischen Störungen beigetragen haben (Urk. 8/36/10). Dr. Z.____ führte weiter aus, die Beschwerdeführerin sei nach dem Tod ihrer jüngeren Tochter im Jahr 2008 in eine starke Trauer und in einen depressiven Zustand geraten. Letzterer sowie vor allem eine depressiv bedingte psychovegetative Stresssymptomatik hätten im Laufe der folgenden Jahre noch zugenommen. Dafür seien der eigengesetzliche Verlauf der depressiven Störung im Sinne der von Dr. B.____ beschriebenen Spirale, aber auch zusätzliche Belastungen, verantwortlich. Dr. B.____ habe ihre Diagnose einer schweren depressiven Episode (nach ICD-10: F32.2)

gut begründet mit der in Anamnese und Psychostatus beschriebenen schweren und vielfältigen depressiven Symptomatik. Bei dieser Diagnose sei das Attest einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit berechtigt. Auch mit der guten Prognose stimme er überein, da die depressive Störung keine Dispositionen aus der Herkunftsfamilie und der früheren Lebensgeschichte habe und da ein deutlicher Zusammenhang mit äusseren - allerdings tiefreichenden - Belastungsfaktoren bestehe. Deshalb, wegen des schon mehrjährigen Verlaufs und wegen der Abhängigkeit des Verlaufs von äusseren Umständen verstehe er nicht ganz, warum Dr. B.____ einen Klinikaufenthalt empfohlen habe, obwohl sie selbst von einem langsamen Rückgang der depressiven Symptomatik gesprochen habe. Die teilstationäre Behandlung habe die Beschwerdeführerin nicht mehr regelmässig wahrnehmen können, da sie in vermehrte Ängste geraten sei (Urk. 8/36/11) . Inzwischen habe sich der depressive Zustand deutlich gebessert, sodass stationäre Massnahmen nicht mehr nötig seien, und die Compliance bei der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei wieder gut. Emotionale depressive Störungen träten noch häufig auf, aber nur in stundenweisen Wellen ohne starke vitale Auswirkungen . Die Beschwerdeführerin weise dann eine Traurigkeit, Wehmut, Lustlosigkeit und ein Weinen auf, vermöge sich aber heute davon abzulenken. Kognitive Störungen wie Konzentrationsstörungen seien nicht mehr relevant. Im Vordergrund stünden aktuell im Sinne eines depressiven somatischen Syndroms und wohl auch zufolge entsprechender Persönlichkeitsmerkmale eine psychovegetative Stress- und Erschöpfungssymptomatik mit der Folge einer noch verminderten psychischen Belastbarkeit (Urk. 8/36/12). Diagnostisch liege eine protrahierte depressive Störung, heute mittleren Grades (ICD-10: F32.11), vor (Urk. 8/36/10) . Die Beschwerdeführerin sei

empfindlich auf Lärm und Hektik, halte Menschenansammlungen schlecht aus, sei deutlich ermüdbar und gerate unter Stress rasch in Nausea, Herzrhythmusstörungen, Schweißausbrüche und Bauchbeschwerden. Dabei führe sie Selbstgespräche. Die Stresssymptomatik werde akzentuiert durch die Neigung zu Migräne und Magengeschwüren sowie durch Ängste und Sorgen. In der psychiatrischen Untersuchung sei die depressive Symptomatik kaum mehr wahrnehmbar, was den wellenförmigen Verlauf und die Situationsabhängigkeit unterstreiche. Die Beschwerdeführerin wirke hingegen innerlich agitiert, ängstlich, psychisch belastet und rasch verunsichert und tendiere offenkundig zu einem übermässigen Verantwortungsgefühl und zu Selbstzweifeln. Anhand dieser Befunderhebung scheine sie heute wieder teilweise arbeitsfähig zu sein. Der Umfang sei schwierig einzustufen und betrage höchstens 40 bis 50%. Nötig sei ein schrittweiser Wiedereinstieg, wozu die Beschwerdeführerin sehr motiviert sei, jedoch Angst habe. Deshalb empfehle er nebst der Fortsetzung der regelmässigen Psychotherapie eine Betreuung durch einen Berufsfachmann (Urk. 8/36/12). Eine berufsspezifische Betreuung sowie die schrittweise Umsetzung der Restarbeitsfähigkeit seien wegen der Ängste, des verlorenen Selbstvertrauens und der verminderten Belastbarkeit nötig. Der gelernte Beruf als Kindergärtnerin sei für den Anfang des beruflichen Wiedereinstiegs nicht geeignet. Die übrigen bisher ausgeübten Berufstätigkeiten kämen in Frage. Ab Februar 2013 habe entsprechend der Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Die Arbeitsunfähigkeit sei bedingt durch eine psychische Störung mit Krankheitswert, nämlich eine protrahierte depressive Störung in einem schweren Grad seit mindestens Anfang 2013 und aktuell in einem mittleren Krankheitsgrad. Beeinträchtigend wirke sich die anhaltende psychovegetative Stresssymptomatik aus mit der Folge einer verminderten Belastbarkeit, einer Irritabilität und einer Erschöpfbarkeit sowie einer Ängstlichkeit, die unter psychischem Stress weiter exazerbieren könne. Die Prognose sei gut, zumal keine äusseren Belastungen mehr vorhanden seien. Als medizinische Massnahme genüge die Fortsetzung der bisherigen psychiatrischen Behandlung (Urk. 8/36/13). 3.5

RAD-Arzt Dr. A. ____

hielt am 9. Juli 2014 fest, das Gutachten von Dr. Z. ____ sei beweiskräftig. Somit sei von Februar 2013 bis Mai 2014 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und seit Juni 2014 von einer Arbeitsunfähigkeit von 55%. Eine weitere Verbesserung sei zu erwarten. Die psychiatrische Behandlung sei weiterzuführen und eine vorzeitige medizinische Überprüfung sei in zwei Jahren angezeigt (Urk. 8/58/5). 3.6

In ihrem Bericht vom 11. September 2015 gab Dr. B. ____ an, die Beschwerdeführerin verharre in einem chronifizierten depressiven Zustandsbild mit Äusserung von schneller Überforderung, sozialem Rückzug, somatischen Symptomen und Behandlungsentziehung. Die Rest-Arbeitsfähigkeit betrage im momentan akuten Zustandsbild 20% (Urk. 8/52/1). Auf Strukturierungsversuche und Intensivierung des Behandlungssettings reagiere sie mit Überforderung, Rückzug und somatischen Symptomen. Sie wirke schwer depressiv und sei häufig sehr erschöpft und antriebslos. Im Gespräch habe sie grosse Mühe, die Konzentration aufrecht zu erhalten. Einen gerechtfertigten Klinikaufenthalt habe sie in der Vergangenheit mehrfach abgelehnt. Die ursprünglich gute Prognose habe sich nicht bewahrheitet. Die Beschwerdeführerin verharre im depressiven Zustandsbild und das bestehende Krankheitsbild habe sich chronifiziert (Urk. 8/52/2). Eine einfache, anforderungslose Tätigkeit sei zu circa 20% zumutbar. Nach der Einschätzung von Dr.

B.____ wären die Einschränkungen durch einen Klinikaufenthalt oder durch die Etablierung einer externen Tagesstruktur vermindert, jedoch lehne die Beschwerdeführerin dies ab. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (Urk. 8/52/3).

Am 13. November 2015 fügte Dr. B.____ an, der Tagesablauf der Beschwerdeführerin sei unregelmäßig. Sie habe keine klare Tagesstruktur, erledige aber die ausstehenden Verpflichtungen (Haushalt, Einkaufen etc.) und unternahme regelmässig Spaziergänge. Ihr Aktivitätsniveau sei tief und sie brauche für alles viel Zeit (Urk. 8/57). 3.7

Mit Bericht vom 19. Mai 2016 diagnostizierte Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, eine progrediente Gangstörung und Kribbeldysästhesien an den Händen und an den Füßen, vermutlich multifaktorieller Genese, mit einem diskreten Karpaltunnelsyndrom rechts, und äusserte den Verdacht auf eine vorwiegend demyelinisierende Polyneuropathie. Dabei präzisierte er, es seien diskrete Hinweise für eine vorwiegend demyelinisierende

Polyneuropathie vorhanden. Zusammenfassend sei die Ursache der Polyneuropathie noch unklar. Denkbar sei auch eine funktionelle Überlagerung. Unter Lyrica seien die Beschwerden deutlich zurückgegangen. Es seien weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 15/3). 4. 4.1

Dr. Z.____ untersuchte die Beschwerdeführerin psychiatrisch, berücksichtigte die relevanten Vorakten (Urk. 8/36/2-4), erhob die Anamnese und die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden (Urk. 8/36/4-9) sowie die Befunde (Urk. 8/36/9). Dass Dr. Z.____ die Depressivität als noch mittelgradig vorhanden einstufte, ist angesichts des klinischen Eindrucks der Beschwerdeführerin mit Agitiertheit, Ängstlichkeit, psychischer Belastung, rascher Verunsicherung und Selbstzweifeln sowie vor dem Hintergrund der raschen Ermüdbarkeit und der stressbedingten Symptomatik mit Nausea, Herzrhythmusstörungen, Schweissausbrüchen und Bauchbeschwerden nachvollziehbar. Zugleich ist plausibel, dass die Depression kein schweres Ausmass mehr aufwies, zumal die emotionalen depressiven Störungen nur noch in stundenweisen Wellen mit Traurigkeit, Wehmut, Lustlosigkeit und Weinen auftraten und nicht mit starken vitalen Auswirkungen einhergingen respektive die Beschwerdeführerin sich ablenken konnte. Dass die depressive Symptomatik in der Untersuchung kaum mehr wahrnehmbar war, vermochte Dr. Z.____ einleuchtend damit zu erklären, dass sie wellenförmig verlief und situationsabhängig auftrat (Urk. 8/36/12).

Nach dem Gesagten ist ab dem Begutachtungszeitpunkt vom 26. Juni 2014 von einer mittelgradig ausgeprägten Depression auszugehen.

Für die Zeit ab dem 5. Februar 2013 bestätigte Dr. Z.____ die von Dr. B.____ diagnostizierte schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) und die von ihr angegebene 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies begründete er mit der in Anamnese und Psychostatus beschriebenen schweren und vielfältigen depressiven Symptomatik (Urk. 8/36/11). Angesichts der von Dr. B.____ beschriebenen Befunde (schwere Antriebslosigkeit mit konstantem Gefühl von Erschöpfung, hoher Grad an Verzweiflung, Verlust des Selbstwertes, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, schwere Niedergeschlagenheit, starke Reduktion von Konzentration und Aufmerksamkeit, schwere Ängste, Suizidgedanken, Freudlosigkeit, Libidoverlust, schwere Durchschlaf- und Einschlafstörungen; Urk. 8/24/2) sowie beim Fehlen von Hinweisen auf Inkonsistenzen oder Aggravation im Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme im Februar 2013 ist es nachvollziehbar, dass Dr. Z.____

retrospektiv auf die Angaben der behandelnden Psychiaterin abstellte und mit ihr von einer schweren Depression und vom Fehlen einer Erwerbsfähigkeit ausging.

Den chronologischen Verlauf vermochte Dr. Z.____ retrospektiv nicht mehr näher zu bestimmen (Urk. 8/36/13). Die Verbesserung war langsam eingetreten, wobei Dr. B.____ bereits in ihrem Bericht vom 6. Februar 2014 eine langsame Stabilisierung auf tiefem Niveau und eine sehr langsame Genesung mit hohem Unterstützungsbedarf beschrieb. Jedoch ging sie weiterhin von einer schwergradigen Episode und einem akuten Zustandsbild aus und sah den Zeitpunkt noch nicht als reif an für ein Jobcoaching (Urk. 8/30/1,

Urk. 8/30/3, Urk. 8/30/4). Im Gegensatz dazu unterstützte sie am 25. September 2014 erste berufliche Integrationsschritte (Urk. 8/42/18), was darauf hinweist, dass es nach dem 6. Februar 2014 nochmals zu einer erheblichen Verbesserung gekommen ist. Im Zeitpunkt der Begutachtung ist eine deutliche respektive wesentliche Verbesserung ausgewiesen (Urk. 8/36/12). Dies stimmt auch mit der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin überein (Urk. 8/36/4).

Mangels echtzeitlicher Berichte kann nicht festgestellt werden, ob die Beschwerdeführerin bereits früher im Zeitraum zwischen dem 6. Februar und dem 26. Juni 2014 (Begutachtung durch Dr. Z.____) nur noch an einer mittelgradig ausgeprägten Depression litt. Dementsprechend ist letztgenanntes Datum als Zeitpunkt des Eintritts der entsprechenden Verbesserung anzunehmen. Mithin lag vom 5. Februar 2013 bis zum 25. Juni 2014 eine schwere Depression und ab dem 26. Juni 2014 noch eine mittelgradige Depression vor. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich unter anderem auf den Standpunkt, bei einer depressiven Episode handle es sich nicht um ein langandauerndes Leiden, eine rezidivierende depressive Störung sei ohne Vorläufer nicht möglich und ohnehin seien die psychosozialen Faktoren nicht abgegrenzt worden (Urk. 2 S. 2, Urk. 7 S. 2). Klar ist, dass es sich anfänglich um eine durch den Tod ihrer jüngeren Tochter ausgelöste Anpassungsstörung handelte (Urk. 8/24/1), beziehungsweise dass die psychischen Probleme mit dem Tod der Tochter im Jahr 2008 begannen (Urk. 8/36/5, Urk. 8/36/7). Dies schliesst aber nicht aus, dass mittlerweile eine verselbständigte psychische Störung vorliegt.

Dr. Z.____

hatte zur Kenntnis genommen, dass die IV-Stelle sich unter anderem wegen Hinweisen auf psychosoziale Faktoren zum Einholen eines Gutachtens veranlasst sah (Urk. 8/36/1, Urk. 8/58/4). Er erkannte den Zusammenhang der Erkrankung beziehungsweise deren Verlauf mit äusseren Belastungsfaktoren (Urk. 8/36/11). Nichtsdestotrotz hielt er fest, die Arbeitsunfähigkeit sei durch eine psychische Störung mit Krankheitswert, nämlich eine protrahierte depressive Störung, bedingt (Urk. 8/36/13).

Dies erklärte er in nachvollziehbarer Weise damit, dass keine äusseren Belastungen mehr vorhanden zu sein schienen (Urk. 8/36/13). Zuvor war es ab August 2013 nochmals zu einer Verschlechterung gekommen aufgrund von verschiedenen äusseren Umständen (Autounfall, Knochenbruch, Wohnungsüberschwemmung nach Leitungsbruch, verbunden mit mehrwöchiger provisorischer Wohnsituation, finanzielle Engpässe unter Inanspruchnahme externer Budgetberatung; Urk. 8/30/2). Diese Verschlechterung ist allerdings für den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung ohnehin nicht

relevant, da bereits zuvor eine schwere Depressivität mit einer vollumfänglichen Erwerbsunfähigkeit vorlag. Daher spielt es keine Rolle, dass diese weitere Verschlechterung durch psychosoziale Belastungsfaktoren verursacht wurde.

Bezüglich der von der IV-Stelle angebrachten Kritik an der Diagnostik ist anzumerken, dass - unabhängig von der verwendeten ICD-Codierung - klar aus dem Gutachten von Dr. Z.____ hervorgeht, dass seiner Beurteilung nach seit dem 5. Februar 2013 ununterbrochen eine Depression vorlag, zuerst in schwergradiger und im Zeitpunkt der Begutachtung noch in mittelgradiger Ausprägung. Die Depression dauerte somit länger als ein Jahr an, weshalb sie nicht als rasch vorübergehende depressive Episode und somit als von vorn herein nicht invalidisierender Gesundheitsschaden abgetan werden kann. Vielmehr ist die im IVG statuierte Voraussetzung an die Dauer erfüllt (vgl. BGE 127 V 294 E. 4 c).

4.3

Währenddem die vollständige Erwerbsunfähigkeit durch das Gutachten von Dr. Z.____ für die Zeit der schweren Depression vom 5. Februar 2013 bis zum 25. Juni 2014 ausgewiesen ist, werden Beeinträchtigungen depressiver Art mittlerer Intensität vom Bundesgericht regelmässig als nicht invalidisierend eingestuft (vgl. E. 1. 3 vorstehend).

Dr. Z.____ ging von einer guten Prognose aus (Urk. 8/36/11 , Urk. 8/36/13). Er empfahl die Fortsetzung der regelmässigen Psychotherapie (Urk. 8/36/12) beziehungsweise der psychiatrischen Behandlung (Urk. 8/36/13) . Später war zwar laut dem Bericht von Dr. B.____ vom 11. September 2015 (Urk. 8/52) eine Chronifizierung eingetreten, jedoch hielt sie fest, die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen in Form eines Klinikaufenthalts oder der Etablierung einer externen Tagesstruktur vermindern (Urk. 8/52/3).

Der Beschwerdeführerin standen folglich jederzeit noch therapeutische Optionen offen beziehungsweise liegt keine Behandlungsresistenz vor, weshalb die mittelgradige Depression - wie in den überwiegend

meisten Fällen - auch vorliegend nicht als invalidisierend anzusehen ist .

Durch dieses aus rechtlicher Sicht begründete Abweichen von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter Dr. Z.____ , der von einer Einschränkung von 50 bis 60 % ausgegangen war, verliert dessen übrige Beurteilung jedoch nicht ihren Beweiswert (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015, E. 6.3). Bei der Beurteilung, wie sich

die

erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, kommt den medizinischen Experten keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.2). 4.4

Zusammen mit ihrer Replik reichte die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. D.____ vom 19. Mai 2016 (Urk. 15/3) ein und machte geltend, er sei zu berücksichtigen, da er Aufschluss über den Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Verfügung gebe (Urk. 14 S. 3). Dem Bericht ist indes zu entnehmen, es sei „Ende April“ zu Kribbelbeschwerden gekommen (Urk. 15/3 S. 1), wobei die angefochtene Verfügung bereits am 26. Februar 2016 erlassen worden war (Urk. 2). Ferner lässt sich dem neu eingereichten Bericht keine Auswirkung der mit den Kribbelparästhesien in Zusammenhang gebrachten Gesundheits

störung

auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen . 4.5

Im Ergebnis steht nach dem Gesagten bezüglich des Rentenanspruchs fest, dass die Beschwerdeführerin befristet für die Zeit vom 1. Februar 2014 (nach Ablauf des Wartejahres) bis Ende September 2014

(Art. 88 a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 5.

Zum Anfechtungsgegenstand gehören auch Rechtsverhältnisse, hinsichtlich deren es die Verwaltung zu Unrecht unterlassen hat, verfügungsweise zu befinden, obwohl dazu nach der Aktenlage und/oder den Parteivorbringen hinreichender Anlass bestanden hätte (Meyer / Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] , 3 . Auflage 201 4 , S. 296

N 19 zu Art. 28) . Die IV-Stelle hat in der angefochtenen Verfügung zwar allgemein den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint, ist aber materiell nicht auf den Anspruch auf Massnahmen der beruflichen Eingliederung eingegangen (Urk. 2).

Dies wäre jedoch - vor dem Hintergrund des Systems der leistungsspezifischen Invalidität (vgl. BGE 126 V 241 E. 4) und da nach Art. 8 Abs. 1 IVG das Drohen einer Invalidität ausreichen kann -

angezeigt gewesen, nachdem die Beschwerdeführerin in ihrem Einwand vom 17. Dezember 2015 um Hilfe bei ihrer beruflichen Eingliederung ersucht hatte (Urk. 8/62/2). In ihrer Beschwerde beantragt die Beschwerdeführerin weiterhin Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 2). Dies bezüglich ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die Sache zur - nach dem im Vorbescheidverfahren gestellten Gesuch unterlassenen - Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 6.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung . Das Verfahren ist daher kosten pflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 8 00. -- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie

der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Ü berklagen führt weder zur Auferlegung von Kosten noch zur Reduktion der Prozessentschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts

E. 9

) machte der Rechtsvertreter einen Aufwand von 17 Stunden und 55 Minuten

sowie Barauslagen von Fr. 118.25 zuzüglich Mehrwertsteuern von 8 % geltend. Dieser Aufwand ist - mit Ausnahme der letzten Position von 1,5 Stunden für das noch ausstehende Studium des Urteils und die Besprechung mit der Beschwerdeführerin , für welche praxis gemäss maximal eine Stunde vergütet wird - unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des Masses des Obsiegens (vgl. § 34 Abs. 3 GSVGer) angemessen . Die zu entschädigende Stundenzahl ist demgemäss auf 17 Stunden 25 Minuten zu reduzieren, die Barauslagen entsprechend auf Fr. 114.9 5.

Dementsprechend ist die Prozessentschädigung insgesamt auf Fr. 4'262.35

(einschliesslich Auslagenersatz und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich, die Prozessentschädigung von Fr. 4'262.35 direkt ausbezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 26. Februar 2016 insoweit aufgehoben, als damit der Anspruch auf eine Rente zur Gänze verneint worden ist, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit von 1. Februar 2014 bis 30. September 2014 befristet Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Zudem wird die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen prüfe und darüber verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 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, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich,

eine Prozessentschädigung von Fr. 4'262.35 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Widmer

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