

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00469 vom 9. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00469

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00469 du 9 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00469 del 9 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, Mutter eines erwachsenen Sohnes (geboren 1988), ist gelernte Chemielaborantin und hat ein Grundstudium in Germanistik als Werkstudentin absolviert. Sie war zuletzt vom 1. Juli 2011 bis am 9. Januar 2015 als Projekt-Assistentin an der Z.____, A.____, im 80%-Pensum angestellt (letzter Arbeitstag 9. Januar 2013, Urk. 7/13/1). Ab dem 10. Januar 2013 war sie durch die behandelnden Ärzte krankgeschrieben (Urk. 7/5/21, Urk. 7/5/25, Urk. 7/6/5),

weshalb der Arbeitgeber sie am 6. Juni 2014 (Urk. 7/3) zur Früherfassung meldete und sich X.____

schliesslich am 27. Juni 2014 – unter Hinweis auf eine seit langer Zeit bestehende Erschöpfungsdepression – bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an meldete (Urk. 7/6). Die IV-Stelle

zog einen Auszug aus ihrem individuellen Konto (Urk. 7/11) bei, holte einen Bericht der Arbeitgeberin (Urk. 7/13) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/12, Urk. 7/14, Urk. 7/18) ein und liess ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellen (Gutachten vom 29. März 2015, Urk. 7/25). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 2. Juni 2015 [Urk. 7/27], begründeter Einwand vom 15. Juni 2015 [Urk. 7/31], ergänzender Einwand vom 5. August 2015 [Urk. 7/37], Stellungnahmen der Beschwerdeführerin vom 9. Oktober 2015 [Urk. 7/44] und 15. Januar 2016 [Urk. 7/47]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. März 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 7/53 [= 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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3.1

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. Rechtsprechungs gemäss 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 Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 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. 1.3.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind

gemäss neuerer Praxis Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht in seinem am 3.

Juni

2015 ergangenen Entscheidung wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz - Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheit zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.3.3

Gutachten, welche noch vor dieser bundesrechtlichen Praxis eingeholt und sich daher noch nicht zu den beachtlichen Indikatoren äussern, verlieren per se nicht ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe

und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 1.3.4

Wie in

BGE 141 V 281 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchen, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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.; der selbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 13. April 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2016 beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 2. Juni 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin

erwog im angefochtenen Entscheid, der vorliegende Erschöpfungszustand im Rahmen einer Neurasthenie vermöge invalidenversicherungrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu führen (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde dagegen im Wesentlichen vor, aus den Berichten des behandelnden Psychiaters ergebe sich eine invalidisierende Wirkung der neurasthenischen Symptomatik (Urk. 1). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ vom 29. März

2015 (Urk. 7/25) kann folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 7/25/13): - anhaltender Erschöpfungszustand im Rahmen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

Sodann wurde folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 7/25/13): - anamnestisch depressive Episode im Januar 2013, Differentialdiagnose: Anpassungsstörung bei beruflicher Belastungssituation (ICD-10 F43.2)

Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, die Symptomkonstellation lasse sich aus zeitweise depressiven Symptomen, körperlicher Schwäche und dem psychosozialen Kontext sowie aus der Werkbiographie der Beschwerdeführerin am genauesten mit dem

Konzept der Neurasthenie beschreiben (Urk. 7/25/15).

Zu den Therapieoptionen wurde festgehalten, dass mit der bisherigen Therapie klinisch keine Verbesserung der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit erreicht worden sei. Eine Überprüfung der Therapiestrategie sei angezeigt. Verhaltenstherapeutisch könnten Ängste und Vermeidungsverhalten erklärt und praktisch durch Exposition behandelt werden. Medikamentös könnte durch eine Steigerung der Paroxetin -Dosis eine weitere Angstminderung erreicht werden. Die diesbezüglich vorhandenen Ängste vor Nebenwirkungen könnten ebenfalls durch verhaltenstherapeutische Psychoedukation abgebaut werden. Die Beschwerdeführerin habe ein hohes Bedürfnis nach Autonomie in ihren Entscheidungen. Dies sollte berücksichtigt werden, damit die Arzt-Patienten-Beziehung aufrechterhalten werden könne. Die Prognose sei aus klinischer Sicht mässig optimistisch. Medizinisch-theoretisch sollte eine Besserung in den Items des Mini-ICF erreicht werden können. Da aber psychosoziale Faktoren ebenso hineinspielen, sei die Prognose bezüglich der Wirksamkeit solcher Therapiemassnahmen eher verhalten (Urk. 7/25/15-16).

Die Beschwerdeführerin leide laut ihrem ambulanten Behandler Dr. med.

C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an einer protrahierten Erschöpfungsdepression schweren Grades (ICD-10 F32.2 und F48.0). Mit dieser Formulierung deutet er einen langen Krankheitsverlauf mit ausgeprägten Symptomen auf dem Boden reduzierter psychischer Ressourcen und erhöhter psychischer Stressintoleranz im Sinne einer Neurasthenie an. Dieser Beurteilung schliesse sich die Gutachterin an. Die Krankheitsgeschichte sei bland. Erst infolge einer beruflichen Belastungssituation habe die Beschwerdeführerin mit einer „Flucht nach vorn“ begonnen, indem sie auf die anstehende Pensionierung ihres langjährigen Vorgesetzten mit der Kündigung ihrer zwanzigjährigen Anstellung und einer beruflichen Neuorientierung reagiert habe. Offenbar habe sie sich zu diesem Zeitpunkt keine Anpassungsleistungen zugetraut und sich eine Stelle gewünscht, an der sie sich ihr Stellenprofil selbst einrichten könnte. Angesichts schwieriger Voraussetzungen innerhalb des neuen Arbeitsteams sei sie jedoch an einer psychosozialen Überforderung gescheitert. Wie dies bei Personen mit einer Neurasthenie klinisch oft der Fall sei, werde diese erst psychisch behandlungsbedürftig, wenn Fehlentscheidungen (hier die vorzeitige Kündigung der Anstellung beim Dekan) oder eine psychosoziale Belastungssituation die berufliche Existenz gefährdeten. Häufig träten solche Krisen gegen Ende der beruflichen Laufbahn zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr auf und führten zu einer lang anhaltenden Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/25/16). Von keinem Vorbehandler werde vom ausgeprägten Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin berichtet. So vermeide sie alle Situationen und Tätigkeiten, die ihr Stress verursachen könnten. Klinisch könnte auch von einer Belastungsphobie gesprochen werden, welche durch grosse Angst vor Stresssituationen bei der Arbeit, aber auch im Privatleben, und das Vermeiden von Herausforderungen und Anpassungsleistungen gekennzeichnet sei. Gemäss dem Austrittsbericht der F.____ vom 31.

Oktober

2014 habe die Beschwerdeführerin gegen Ende der Hospitalisierung lebhafter und vitaler gewirkt, ihre Ressourcen besser nutzen und ihre Grenzen besser erkennen können. Sie habe ihre Verhaltensweisen erproben und ihre Selbstwirksamkeit verbessern können. Es hätten sich deutliche Hinweise auf eine Selbstwertstabilisierung, eine vermehrte Selbstsorge und auch die Wahrnehmung und Kommunikation der eigenen Bedürfnisse ergeben (Urk.

7/25/17-18). Aus versicherungsmedizinischer Sicht handle es sich bei der Neurasthenie um eine Störung, die eine gewisse Überwindbarkeit der Probleme beim Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit annehmen lasse. Hierzu sei aber eine geeignete ressourcenfördernde Therapieform (Verhaltenstherapie, strukturelle oder Schema-Therapie) notwendig. Eine schwerwiegende psychische Störung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht vorhanden. Auch chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik oder längerfristigerer Remission seien nicht gegeben, ebenso wenig wie ein ausgewiesener sozialer Rückzug. Es sei ein primärer Krankheitsgewinn im Sinne einer „Flucht in die Krankheit“ auszumachen (Urk. 7/25/18-19). Zur Überwindbarkeit der Beschwerden hielt die Gutachterin fest, diese Frage sei medizinisch-theoretisch grundsätzlich zu bejahen. Die Steigerung der Leistungsfähigkeit werde aber in der Praxis sehr wahrscheinlich nicht gelingen. Psychiatrisch gesehen liege eine depressive Störung zurzeit nicht vor. Die Kriterien der Minderung des Antriebs, einer depressiven durchgehend gedrückten Stimmung und des Rückgangs der Interessen seien nicht erfüllt. Der Freiburger Persönlichkeit-Inventartest zeige – abgesehen von starker Gehemmtheit und geringer Aggression – keine Hinweise auf eine ausgeprägte Persönlichkeitspathologie. Der Mini-ICF sei insgesamt angesichts der präsentierten Schonhaltung schwer beurteilbar, zeige aber auch relativ geringe Beeinträchtigungen der Fähigkeiten, die bei einer Depression deutlich eingeschränkt sein sollten (Kontaktfähigkeiten, Aktivitäten, allgemeine Selbstständigkeit). Die Beschwerdeführerin habe sich während der Untersuchung klinisch sehr auffällig verhalten. Sie habe eine ausgeprägte ängstliche Selbstschonung und Angst vor Überforderung präsentiert (Urk. 7/25/19).

Die Beschwerdeführerin habe sich bezüglich des Arbeitsplatzes solange an die dortigen Bedingungen anpassen können, wie sie sich von ihrem Vorgesetzten wertgeschätzt und auch geschützt gefühlt habe. Die Ankündigung, dass er nun pensioniert werde, habe bei ihr eine überstürzte Fluchtreaktion ausgelöst. Ihre Angst vor Veränderungen, die sie überfordern könnten, sei so gross gewesen, dass sie die Stelle lieber freiwillig ganz aufgegeben habe. Sie habe damit ihre Autonomie bewahrt und sich nicht dem neuen Vorgesetzten im Dekanat anpassen müssen. Bei ihrer neuen Anstellung habe sie nach gleichen Bedingungen wie bisher gesucht. Dies habe sich dann aber nicht so umsetzen lassen, da sie auf eine sehr problematische Teamsituation getroffen sei.

Der Umgang miteinander sei offensichtlich nicht mehr wohlwollend und wertschätzend gewesen und es habe Mobbing und andere Probleme gegeben, welche sie überfordert hätten. Im neuen Team habe ein sehr hoher Anpassungsdruck bestanden. Der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt habe eine reaktive neurasthenische Krise mit Erschöpfung ausgelöst. Dies habe zu einem bis heute anhaltenden kompletten Rückzug aus der Arbeitswelt geführt. Durch den Rückzug aus dem Konfliktfeld „Arbeit“ habe sie sich dem Anpassungsdruck in der Arbeitswelt nicht mehr stellen müssen. Anhand der Angaben der Beschwerdeführerin und den Vorberichten könne die Angst vor der beruflichen Wiedereingliederung und die dies vermeidende regressive Schonhaltung im Kontext einer Neurasthenie psychiatrisch-psychotherapeutisch plausibel und nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Krankheitskonzept der Neurasthenie sei mit den objektiven und klinischen Befunden vereinbar (Urk. 7/25/20-21). Es liege im Wesen der Neurasthenie und der betroffenen Personen, sich mit grossem Ehrgeiz und Kraftaufwand gesellschaftlich und beruflich integrieren zu wollen und sich dabei mit den Jahren zunehmend zu erschöpfen.

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, schon immer weniger Kraft als andere Menschen, die sie gekannt habe, gehabt zu haben. Sie habe ihre ganze Energie in ihren Beruf investiert. Für eine Partnerschaft habe sie „keine Kraft“ gehabt, „nicht lieben können“. Aus dem Bericht der Klinik D. ___ geht gemäss Dr. B. ___ hervor, dass sich die Beschwerdeführerin ebenfalls sehr um die Therapieangebote bemüht habe, dass ihre Kraftlosigkeit und Apathie jedoch sehr lange im Vordergrund gestanden hätten. Erst unter länger dauernder Entlastung sei sie wieder kommunikativer und vitaler geworden. Sie habe während der gutachterlichen Untersuchung mehrfach darauf hingewiesen, dass die Therapie bei Dr. C. ___ für sie sehr lehr- und hilfreich sei und sie viele neue Einsichten gewonnen und Zusammenhänge zwischen ihren Symptomen und ihrem Leben herstellen könne (Urk. 7/25/21).

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Expertin aus, im aktuellen Zustand seien der innerseelische Verlauf und die Symptomatik so verfestigt, dass an eine jetzige Rückkehr an den ehemaligen Arbeitsplatz tatsächlich nicht zu denken sei. Auch an einem Nischenarbeitsplatz sei die Beschwerdeführerin aktuell überfordert. Immerhin scheine die Medikation mit Paroxetin in einer fast homöopathischen Dosis von 3,3 mg pro Tag (1/6 einer 20 mg Tablette) schon eine Wirkung zu zeigen. Offenbar sei hier ein pharmakologisches Therapiepotential vorhanden. Ob sich dies aber in eine Steigerung der Leistungs- und Anpassungsfähigkeit umsetzen lasse, könne bei vorhandenem Krankheitsgewinn erst im Verlauf beurteilt werden (Urk. 7/25/22).

E. 3.2

Dr. C. ___ hielt in seinem Bericht vom 1. Juli 2015 zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (Urk. 7/36) folgende Diagnosen fest (Urk. 7/36/1): (1) rezidivierende depressive Störung, heute chronische depressive Phase schweren Grades (ICD-10 F33.2), (2) rezidivierendes neurasthenisches Erschöpfungssyndrom, heute chronifiziert (ICD-10 F48.0), (3) Panikstörung (ICD-10 F41.0), (4) asthenische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7; Urk. 7/36/1).

Nach dem Aufenthalt in der Klinik in E. ___ habe die Beschwerdeführerin den Haushalt nicht mehr geführt. Sie habe zwar noch soziale Kontakte, habe diese aber nie mehr von sich aus wahrgenommen. Vielmehr würden sich einzelne Kolleginnen und ihr Sohn sehr um sie kümmern. Unter den Antidepressiva, zuletzt Deroxat, erlebe sie auch in geringsten Dosen nicht mehr erträgliche Nebenwirkungen, zum Beispiel verstärkte Müdigkeit. Die wöchentlichen Konsultationen habe sie anfangs regelmässig eingehalten, in letzter Zeit wegen ihrer Schwäche aber teils abgesagt. Die Beschwerdeführerin sei nicht erwerbsfähig. Bei der psychischen Symptomatik handle es sich um einen seit jeher verselbständigten psychopathologischen Krankheitsprozess mit einem sich stetig verschlimmernden Verlauf, unabhängig von äusseren Faktoren. Die Foerster-Kriterien seien erfüllt (Urk. 7/36/4-5).

E. 3.3

Der Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin Dr. B. ___ vom 19. September 2015 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/42) kann entnommen werden, es sei aus psychiatrischer Sicht plausibel, dass die Beschwerdeführerin seit dem Zeitpunkt der Ankündigung der Begutachtung im Rahmen des IV-Verfahrens einer starken psychosozialen Belastung ausgesetzt gewesen sei. Dass in diesem Zusammenhang eine Symptomverstärkung auftreten könne, sei klinisch bekannt und plausibel (Urk. 7/42/2). Diagnostisch seien sich Dr. C. ___ und die Gutachterin einig, dass die Neurasthenie eine

zentrale Rolle spielen. Da diese Störung in ihrem Erscheinungsbild aber vielgestaltig bis komplex sein könne, könne man einzelne Symptome in Unterdiagnosen ordnen, wie dies zum Teil auch beispielsweise bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (Nebendiagnose Depression, Essstörung, Suchterkrankung etc.) vorkomme. Letzten Endes komme es hinsichtlich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit jedoch eher auf eine klare Beschreibung des klinischen Bildes und der individuellen Funktionalität an als auf die Ausgestaltung der Diagnoseliste. Es bestehe aus gutachterlicher Sicht kein Informationszugewinn und keine Notwendigkeit, die Diagnosen laufend zu ändern oder zu ergänzen, wenn das klinische Bild zwar symptomverstärkt, im Wesentlichen aber doch unverändert sei. Die Gutachterin könne den von Dr. C.____ neu formulierten Diagnosen daher nicht zustimmen. Aus seinem Schreiben gingen keine neuen Informationen hervor, die einen Einfluss auf die Beurteilung der Funktionalität und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. Der von Dr. C.____ beschriebene Psychostatus sei nicht gemäss AMDP strukturiert. Er zähle unspezifische Symptome auf, die eher auf eine psychische Reaktion auf das aktuelle Geschehen denn auf eine schwere depressive Episode hinweisen würden. Das gesamte Bild sei mit dem vergleichbar, welches die Beschwerdeführerin in der Begutachtung gezeigt habe. Bezüglich der Krankengeschichte (Schreiben Dr. C.____ S. 4-5) könne bestätigt werden, dass die Beschwerdeführerin unter psychosozialen Belastungen offenbar schon sehr früh mit einer neurasthenischen Symptomatik reagiert habe. Dennoch habe sie ihren schulischen und beruflichen Werdegang gestalten können und sei durch ihre Symptomatik nicht wesentlich beeinträchtigt gewesen. Schwere Traumatisierungen und schwere Unfälle, Erkrankungen oder sonstige Schicksalsschläge seien nicht bekannt, weshalb die Gutachterin zu dem Schluss komme, dass die Krankengeschichte bezüglich solcher gravierender Erlebnisse bland sei (Urk. 7/42/3).

Zu den Standardindikatoren führte Dr. B.____ aus, da die Begutachtung sechs Monate her und die klinische Beschreibung von Dr. C.____ nur zum Teil plausibel und in mehreren Punkten nicht nachvollziehbar sei, könne keine Stellung zum aktuellen Zustand der Beschwerdeführerin genommen werden (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde). Zum Behandlungserfolg/-resistenz hielt die Gutachterin fest, dass bezüglich der Therapiestrategien und der pharmakologischen Optionen bekannt sei, dass diese Symptomkonstellation schwierig zu behandeln sei. Die persönlichen Ressourcen würden hier eine bedeutende Rolle spielen und es sei von grosser Bedeutung, ob und inwieweit sie genutzt würden. Im vorliegenden Fall sei davon auszugehen, dass die Ressourcen gerade angesichts der aktuellen existenziellen Ängste im Hintergrund stünden und wenig therapeutisch genutzt werden könnten. Dies werde von Dr. C.____

ebenfalls so beschrieben. Angesichts der aktuellen Situation sei plausibel und nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin ihre Ressourcen zwecks Eingliederung nicht nutzen könne. Zu den Komorbiditäten wurde festgehalten, eine Neuformulierung der Diagnosen sei nicht hilfreich und trage eher zur Verwirrung, denn zur Klärung des Krankheitsbildes bei. Sodann wurde zum Komplex "Persönlichkeit" ausgeführt, eine spezielle Persönlichkeitsdiagnostik sei zurzeit aus gutachterlicher Sicht nicht notwendig und würde die Beschwerdeführerin wahrscheinlich zusätzlich psychisch belasten. Die persönlichen Ressourcen seien im Rahmen der Neurasthenie erheblich eingeschränkt. Das hohe Leistungsideal der betroffenen Personen sei dabei leider für die berufliche Reintegration oft eher hinderlich denn förderlich. Wie von Dr. C.____ beschrieben, träten im

Kontext mit der neurasthenischen Verarbeitung der belastenden Situation starke Ängste von Überforderung und Leistungsversagen auf. Dass sich dies auch negativ auf die Abwehrkräfte des Körpers auswirken könne, sei hinreichend bekannt. Gehäufte Infekte würden die Fähigkeit zur regelmässigen Teilnahme an Beschäftigungsmassnahmen einschränken, sie aber nicht grundsätzlich verunmöglichern. Zum sozialen Kontext berichtete Dr. B.____, unter sozialem Rückzug verstehe man das gehäufte Absagen von Verabredungen, das Vermeiden neuer sozialer Kontakte sowie das Ablehnen von Kontaktversuchen bekannter oder nicht bekannter Personen. Ein sozialer Rückzug sei unvollständig, wenn sich die Person noch mit Verwandten und Freunden auf deren Drängen trifft oder im Rahmen des Alltags diese Kontakte gestaltet. Dass unter den aktuell gegebenen Umständen soziale Kontakte schwieriger seien, sei nachvollziehbar. Bezüglich der Konsistenz gab Dr. B.____ an, der von Dr. C.____ geschilderte Leidensdruck der Beschwerdeführerin sei mit dem klinischen Eindruck während der Begutachtung grundsätzlich vereinbar und zum Teil nachvollziehbar. Zu beachten sei, dass es sich beim Schreiben von Dr. C.____ in Form und Darstellung nicht um eine objektive Stellungnahme handle. Die Einschränkung durch die ängstlich depressive Verarbeitung der jetzigen psychosozialen Belastungen und die Stressintoleranz würden wahrscheinlich zurzeit die vorhandenen Ressourcen in Form von hohem Leistungsideal und beruflichen Erfahrungen überwiegen (Urk. 7/42/4-6). 4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten (Urk. 7/ 25) vom 29. März 2015 basiert auf fachärztlichen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Die Gutachterin hat die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ erfüllt demnach alle rechtsprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. E. 1.4). Der Schlussfolgerung der Gutachterin, wonach bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischen Gründen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, kann indessen mit der Beschwerdegegnerin – welche das Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens annahm – aus den nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden (vgl. E. 4.2, E. 4.3) . 4.2

Ob die vorliegend zur Diskussion stehenden Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, ist eine Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 2 mit Hinweis).

Dem psychiatrischen Gutachten vom 29. März 2015 (Urk. 7/ 25) ist zu entnehmen, dass die von der Gutachterin attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer Verfestigung des innerseelischen Verlaufs und der Symptomatik begründet wird.

Selbst in einem Nischenarbeitsplatz (in einer angepassten Tätigkeit) sei die Beschwerdeführerin überfordert (Urk. 7/25/22).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörung entwickelten Grundsätze gelten auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung des von der

psychiatrischen Gutachterin diagnostizierten anhaltenden Erschöpfungszustands im Rahmen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0); Urteil des Bundesgerichts I70/07 vom 14 .

April 20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 08

E. 5 , mit weiteren Hinweisen). Zu prüfen ist daher, ob gestützt auf das psychiatrische Gutachten vom 29. März 2015 (Urk. 7/25) und –

soweit nötig – unter Berücksichtigung der weiteren fach ärztlichen Berichte in sinngemässer Anwendung der mit BGE 141 V 281 materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren möglich ist oder nicht (E. 1.3.2). 4.3 4.3.1

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). 4. 3 .2

Unter dem Aspekt funktioneller Schweregrad ist dem psychiatrischen Gutachten

zu entnehmen, dass der Mini-ICF sei insgesamt angesichts der präsentierten Schonhaltung schwer beurteilbar, zeige aber auch relativ geringe Beeinträchtigungen der Fähigkeiten, die bei einer Depression deutlich eingeschränkt sein sollten (Kontaktfähigkeiten, Aktivitäten, allgemeine Selbstständigkeit ; Urk. 7/25/19) . Das Freiburger Persönlichkeitsinventar wies ein unauffälliges Persönlichkeitsprofil auf (Urk. 7/25/11) . Eine schwerwiegende psychische Störung verneinte die Gutachterin (Urk. 7/25/18).

Weitere Angaben zum aktuellen Zustand der Beschwerdeführerin sind der Stellungnahme der Gutachterin vom 19. September 2015 nicht zu entnehmen (Urk. 7/42) . Auch unter Berücksichtigung der Berichte des behandelnden Psychiaters ergibt sich somit eine nur mässige Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde.

Von einer Behandlungsresistenz respektive von der Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten kann nicht die Rede sein.

Aus dem Gutachten geht hervor, dass eine Überprüfung der Therapiestrategie angezeigt sei, zumal die bisherige Therapie keine klinische Verbesserung der Lebensqualität erbracht habe. Verhaltenstherapeutisch könnten Ängste und Vermeidungsverhalten erklärt und praktisch durch Exposition behandelt werden. Hierzu sei eine geeignete ressourcenfördernde Therapieform (Verhaltenstherapie, strukturelle oder Schema-Therapie) notwendig . Zudem sollte medizinisch-theoretisch eine Besserung der Mini-ICF-APP Items erreicht werden können (Urk. 7/25/16). Die Ressourcen würden bei dieser Symptomkonstellation eine grosse Rolle spielen, könnten vorliegend therapeutisch jedoch nur wenig genutzt werden (Urk. 7/42/4). Die Beschwerdeführerin war während rund eines Monats in der Klinik in E. ___ zur psychosomatischen Rehabilitation hospitalisiert (Urk. 7/18) und hat von dieser stationären Therapie offenbar profitiert (Urk. 7/25/5-6, Urk. 7/25/17-18). Die Sitzungen beim behandelnden Psychiater hat sie gemäss dessen Angaben in letzter Zeit teilweise abgesagt (vgl. E.

3.2). Sodann könnte medikamentös durch eine Steigerung der Paroxetin-Dosis eine weitere Angstminderung erreicht werden (Urk. 7/25/15). Die Gutachterin erachtete die Medikation mit Paroxetin in einer Dosis von 3,3 mg pro Tag (1/6 einer 20mg Tablette) fast schon als homöopathisch und merkte an, dass hier ein pharmakologisches Therapiepotential vorhanden sei (Urk. 7/25/ 22) . Zudem wurde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin sich mit einer passiven Schonhaltung zufriedenzustellen scheine, womit sie Copingstrategien und damit Problemlösungsversuche blockiere und so den Krankheitsgewinn aufrechterhalte (Urk. 7/25/21) . Dass alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wären, ergibt sich auch nicht aus der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters, wonach ein medikamentöser Versuch mit einem Antidepressivum wegen Nebenwirkungen gescheitert und nach der nur sporadisch möglichen Einnahme des Tranquilizers Temesta die Beschwerde führerin jeweils drei Tage lang eine übermässige Müdigkeit gehabt habe (Urk.

3/3). Welches Ergebnis die von ihm im März 2016 in die Wege geleitete Narkolepsie-Abklärung (vgl. Urk. 3/4-5) gezeitigt hat und ob sich hieraus zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten ergaben, ist nicht bekannt.

Was den Indikator " Komorbiditäten " betrifft, so ist nach den gutachterlichen Ausführungen eine Neuformulierung der Diagnosen nicht hilfreich und trägt eher zur Verwirrung denn zur Klärung des Krankheitsbildes bei. Zwar sei das klinische Bild symptomverstärkt, jedoch im Wesentlichen unverändert (Urk. 7/42/3). Komorbiditäten wurden demnach keine festgestellt, sondern dieselbe Symptomatik unterschiedlich klassifiziert. Daran vermögen auch die Schreiben des behandelnden Psychiaters vom 1. Juli 2015 (Urk. 3/1 [= Urk. 7/36]), 5. Oktober 2015 (Urk. 3/2 [= Urk. 7/45]), 7. März 2016 (Urk. 3/4 [= Urk. 7/50]) und 2. April 2016 (Urk. 3/3) nichts zu ändern. Die Gutachterin legte nachvollziehbar dar, weshalb keine weiteren psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen seien, insbesondere keine depressive Störung schweren Grades (Urk. 7/25/19). Auch in körperlicher Hinsicht ist keine Komorbidität aktenkundig.

Die Gutachterin berichtete zwar von einem unauffälligen Persönlichkeitsprofil (Urk. 7/25/10). Die persönlichen Ressourcen seien im Rahmen der Neurasthenie jedoch erheblich eingeschränkt, wobei das hohe Leistungsideal für die berufliche Reintegration oft eher hinderlich als förderlich sei (Urk. 7/42/5). Diese Feststellung begründete die Gutachterin nicht allein aus den Persönlichkeitstests, weshalb der nicht verständliche Einwand, die Fragebögen ausgefüllt zu haben, „wie wenn sie gesund wäre“ (Urk.

3/2), ohne Belang ist. Dass die Beschwerdeführerin „seit ihrer Geburt während ihres ganzen Lebens in einem schweren Grad an derselben psychopathologischen Symptomatik gelitten hat wie in den letzten drei Jahren“ (vgl. Urk. 3/1 S. 4), ist mit Blick auf ihren schulischen und beruflichen Werdegang (Matura auf dem zweiten Bildungsweg; Werkstudentin und erwerbstätige alleinerziehende Mutter; vgl. Urk. 7/5/25) in keiner Weise ausgewiesen. Dass die Beschwerde führerin ihr Chemiestudium aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen haben soll, ergibt sich nicht aus den Akten, der Abbruch des Germanistikstudiums geschah mit Geburt ihres Sohnes (vgl. Urk. 7/25/6, Urk. 7/36/2). Schwere Traumatisierungen oder Unfälle, Erkrankungen oder sonstige Schicksals schläge sind nicht bekannt. Es ist daher schlüssig, wenn die Gutachterin aus psychiatrischer Sicht von einer blanden Krankengeschichte schreibt. Eben falls ist es nachvollziehbar, wenn die Gutachterin angibt, die Ankündigung der Begutachtung im Rahmen des IV-Verfahrens stelle eine starke psychosoziale Belastung dar, woraus sich eine Symptomverstärkung ergeben habe (Urk. 7/42/2). Dass psychosoziale Belastungsfaktoren für die Symptomatik eine Rolle spielen, ergibt sich

auch aus dem Austrittsbericht der E.____, wonach die Beschwerdeführerin subjektiv am meisten von der vorgegebenen Tagesstruktur, von der räumlichen Distanz zu den Belastungsfaktoren und den sozialen Kontakten profitiert habe (Urk. 7/18/2). Die Gutachterin wies auch auf finanzielle Schwierigkeiten, die schwierige Situation am Arbeitsplatz sowie den Tod des Vaters hin (Urk. 7/25/8-9), was auch gemäss Dr. C.____ die Beschwerden verstärkte (Urk. 7/36/4). Sodann ist mit der Gutachterin nur von einem unvollständigen sozialen Rückzug auszugehen (Urk. 7/42/5). Auch Dr. C.____ beschreibt keinen kompletten Rückzug („sie hat zwar noch soziale Kontakte, hat diese aber nie mehr von sich aus aufgenommen. Vielmehr kümmern sich einzelne Kolleginnen und der Sohn sehr um die Patientin“ [Urk. 7/36/4]). Ferner erledigt die Beschwerdeführerin alle zwei Wochen mit dem Auto einen Grosseinkauf, ansonsten sie ihre Einkäufe im Dorfladen besorgt (Urk. 7/25/9). Die Selbstpflege ist gewährleistet und die Beschwerdeführerin besorgt ihren Haushalt, selbst wenn sie nach Ansicht des behandelnden Psychiaters nur das Allernötigste erledigt und für ihren Garten einen Gärtner engagiert (Urk. 7/36/4, Urk. 3/3).

Unter Berücksichtigung der nunmehr beachtlichen Standardindikatoren,

insbesondere der fehlenden Therapieresistenz des neurasthenischen Leidens, sind erhebliche funktionelle Auswirkungen des anhaltenden Erschöpfungssyndroms im Rahmen einer Neurasthenie respektive der in diesem Zusammenhang geklagten Beschwerden nicht schlüssig nachgewiesen. Der diagnostizierte anhaltende Erschöpfungszustand im Rahmen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) hat somit gestützt auf die Feststellungen der Gutachterin (noch) keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. 5.

Damit ist die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde, nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - 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, Schwei zerhofquai 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
Hurst
Hausammann

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).

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