

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00601 vom 27. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00601

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00601 du 27 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00601 del 27 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, Mutter von vier Kindern (geboren 1991, 1992, 1995 und 1997), arbeitete zuletzt seit dem 1. November 2007 als Bedienerin in der Dreherei bei der Y.____ in Z.____ (Urk. 7/12). Am 13. Februar 2014 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout-Syndrom und eine Histaminintoleranz bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle nahm beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und zog insbesondere die Akten der Krankentaggeldversicherung Swica Krankenversicherung AG (nachfolgend: Swica) bei (Urk. 7/22 und Urk. 7/29-34). Per Ende Februar 2015 kündigte die Y.____ das Arbeitsverhältnis der Versicherten (vgl. Urk. 7/73/6). Vom 8. Juni bis zum 6. November 2015 absolvierte die Versicherte bei der Durchführungsstelle A.____ ein Belastbarkeitstraining (Schlussberichte vom 14. September und vom 8. Dezember 2015, Urk. 7/49 und Urk. 7/60). Am 2. Dezember 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die Kosten für ein Aufbaustraining vom 7. November 2015 bis zum 6. Mai 2016 übernommen würden (Urk. 7/56). Im Weiteren nahm sie das von A.____ veranlasste psychiatrische Konsilium von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Dezember 2015 zu den Akten (Urk. 7/62). Am 22. Januar 2016 wurde das Aufbaustraining abgebrochen (Schlussbericht vom 28. Januar 2016, Urk. 7/67). Am 9. Februar 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass gemäss ihren Abklärungen aufgrund ihres Gesundheitszustands derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/72). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 2. März 2016, Urk. 7/78, und Einwand vom 15. März 2016, Urk. 7/80; vgl. auch Urk. 7/79) verneinte sie mit Verfügung vom 26. April 2016 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 24. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung zu erbringen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 25. Oktober 2016 präzisierte die Beschwerdeführerin das Rechtsbegehren insofern, als die Beschwerdegegnerin insbesondere zu verpflichten sei, ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad zu bestimmen (Urk. 12 S. 2). Am 9. November 2016 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf das Einreichen einer Duplik verzichte (Urk. 14), was der Beschwerdeführerin am

10. Novem ber 2016 angezeigt wurde (Urk. 15).

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

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

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

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin gemäss ihren medizinischen Abklärungen vordergründig durch die psychosoziale Belastung sowohl im beruflichen als auch im familiären Umfeld (Doppelbelastung Beruf und Haushalt, Ablösungsprozess der Kinder, Kündigung der Arbeitsverhältnisse beider Ehepartner, wirtschaftliche Sorgen, Betreuung einer demenzkranken Angehörigen) ausgelöst worden sei und weiterhin aufrechterhalten werde. Dabei handle es sich um invaliditätsfremde Faktoren, welche zur Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden dürften. Da bisher keine adäquate Therapie durchgeführt worden sei, seien die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft. Der Bericht von lic. phil. C. ____, Psychotherapeut ASP, vom 4. Februar 2016 und das psychiatrische Konsilium von Dr. B. ____, vom 17. Dezember 2015 würden der Einschätzung, dass erhebliche psychosoziale Belastungen vorlägen, nicht widersprechen. So werde darin beispielsweise festgehalten, dass die Beschwerdeführerin mit Beruf und Haushalt über Jahre mindestens zu 150 % gearbeitet habe und unter dieser Belastung zusammengebrochen sei. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege daher nicht vor und ein Anspruch auf Rentenleistungen sei zu verneinen (Urk. 2). 2.3

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass auf die von der Swica in Auftrag gegebenen, nicht fachärztlich-psychiatrischen Berichte von Dr. med. D. ____, und Dr. med. E. ____, auf welche sich die Beschwerdegegnerin stütze, nicht abgestellt werden könne. Die Aufträge zu diesen beiden Berichten seien von der Swica nicht nach den Vorgaben von Art. 44 ATSG erteilt worden, weshalb die entsprechenden Verfahrensrechte nicht gewahrt worden seien. Angesichts der (verbalen) Entgleisungen gegenüber Dr. med. F. ____, FMH Allgemeinmedizin, und dem Psychologen C. ____, in den Telefongesprächen vom 24. März 2015, in der medizinischen Beurteilung vom 13. April 2015 und im Schreiben vom 5. Mai 2015

habe Dr. E. ____, als befangen zu gelten. Die von ihm angegebene Hauptdiagnose depressive Episode, in Remission, ICD-10 F32.4 gebe es in der ICD-10-Codifizierung sodann gar nicht. Im Weiteren habe Dr. E. ____, verkannt, dass im Austrittsbericht der G. ____, – trotz erwähnter geringer Verbesserung der depressiven Symptomatik – weiterhin eine

mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert worden sei. Zudem habe er die bis zum damaligen Zeitpunkt durchgeführte Behandlung auch völlig zu Unrecht als inadäquat bezeichnet. Dr. F.____ habe die Beschwerdeführerin bereits am 14. November 2013 Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, überwiesen (wobei Dr. E.____ mit keiner Silbe erwähne). Daraufhin seien eine adäquate antidepressive Medikation, regelmässige Psychotherapie-Sitzungen bei I.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ein dreieinhalbwöchiger stationärer Aufenthalt in der J.____ und ein Aufenthalt in der G.____ in die Wege geleitet worden. Weshalb ein rascherer Eintritt in die Tagesklinik aus organisatorischen Gründen nicht möglich gewesen sei, habe Dr. F.____ in seinem Schreiben vom 24. Juli 2014 ausführlich begründet. Dr. D.____ habe sich ferner nicht mit den ärztlichen Beurteilungen, die ihrer Einschätzung entgegenstehen würden, auseinandergesetzt. Ihre Kernausgabe, wonach die Beschwerdeführerin innerhalb der kommenden zwölf Wochen wieder die ursprüngliche Arbeitsfähigkeit erreichen werde, basiere lediglich auf Erfahrungswerten. Abzustellen sei vielmehr auf den einzigen sich bei den Akten befindlichen unabhängigen Bericht eines Facharztes Psychiatrie und Psychotherapie, das heisse auf den konsiliarischen Bericht von Dr. B.____ vom 17. Dezember 2015. Demgemäss sei vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als therapieresistent bezeichnet werden müsse (Urk. 12 S. 11 ff.). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. F.____ stellte im Bericht vom 18. März 2014 folgende Diagnosen (Urk. 7/13/6): (1) ein Burn out-Syndrom seit vielen Jahren körperliche Beschwerden wie Spannungskopfschmerzen/

Migräne, Dyspepsie, Bruxismus, unspezifische Bauchbeschwerden, chronisch rezidivierende Rückenschmerzen (2) ein Verdacht auf eine Histaminintoleranz (3) eine bekannte Laktoseintoleranz Dr. F.____ gab an, dass voraussichtlich im April 2014 eine stationäre Behandlung in der J.____ durchgeführt werde. Aufgrund der langjährigen Vorgeschichte und der ausgeprägten Symptomatik sei mit einer längerdauernden Erholung und Arbeitsintegration zu rechnen (Urk. 7/13/6).

E. 3.2

Die medizinischen Fachpersonen der J.____ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 23. Mai 2014 (1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und (2) einen Spannungskopfschmerz (ICD-10 F45.5). Sie erklärten, dass die Beschwerdeführerin vom 29. April bis zum 23. Mai 2014 bei ihnen hospitalisiert gewesen sei. Sie sei auf eigenen Wunsch bei weiterhin bestehender depressiver Symptomatik ausgetreten, in geringfügig gebessertem Zustand. Sie erscheine nach wie vor therapiebedürftig in einem strukturierten Rahmen, weshalb ihr der Eintritt in eine Tagesklinik empfohlen worden sei (Urk. 7/18/2-5).

E. 3.3

Dr. D.____, FMH Praktische Ärztin, Vertrauensärztin der Swica, hielt in der medizinischen Kurzbeurteilung vom 2. Juli 2014 fest, dass es sich diagnostisch um eine mittelgradige

depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) handle. Sie empfehle die Fortsetzung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, jedoch mit zumindest wöchentlichen Intervallen. Weiter folge sie der Empfehlung der J.____ und sehe eben falls die Indikation zur Durchführung einer tagesklinischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der beruflichen Tätigkeit als Bedienerin unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 100 % sei krankheitsbedingt vollumfänglich aufgehoben. Die Arbeitsunfähigkeit erscheine nicht arbeitsplatzspezifisch. Erfahrungsgemäss könne unter Optimierung der ambulanten Behandlung mit einer Wiedererlangung der ursprünglichen Arbeitsfähigkeit in den kommenden zwölf Wochen gerechnet werden (Urk. 7/22/6-7).

E. 3.4

Dr. H.____ und Psychologin I.____ stellten im Bericht vom 10. Juli 2014 (Urk. 7/21/1-3) dieselben Diagnosen wie die medizinischen Fachpersonen der J.____ (Urk. 7/18/2). Sie erklärten, dass die Beschwerdeführerin seit dem 21. November 2013 bei ihnen in Therapie stehe. Bei ihrer Tätigkeit am Mikroskop müsse sie hochkonzentriert arbeiten. Dies sei ihr spätestens seit Herbst 2013 nicht mehr möglich.

E. 3.5

Dr. E.____, FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, Dignität Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in der an die Swica gerichteten medizinischen Beurteilung vom 13. April 2015 folgende psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/30/19): (1) eine depressive Episode, in Remission (ICD-10 F32.4) (2) Differentialdiagnose : Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er folgende (Urk. 7/30/19): (1) einen Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Aggravation; ICD-10 F68.0) (2) Unstimmigkeiten mit Mitarbeitern und Vorgesetzten (ICD-10 Z56.4)

(3) sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensbewältigung (ICD-10 Z 73.8) (4)

unzureichende soziale Sicherung (Schulden; ICD-10 Z59.8) (5)

Unstimmigkeit in Bezug auf den Ehepartner (ICD-10 Z63.0)

(6) Anpassungsprobleme an die Übergangsphasen im Lebenszyklus (empty nest syndrome; ICD-

E. 3.6

Die Abklärungspersonen von A.____ führten im Schlussbericht vom 14. September 2015 aus, dass die Beschwerdeführerin konstant und zuverlässig am Belastbarkeitstraining teilgenommen habe. Eine leichte Stundensteigerung von 2,5 auf drei Stunden sei möglich gewesen. Die anvisierten Präsenzzeiten von vier Stunden hätten aber nicht erreicht werden können. Es seien in verschiedenen Bereichen kleine Entwicklungsschritte sichtbar. Es gebe aber auch immer wieder Rückschritte (Urk. 7/49/6).

E. 3.7

Im Schlussbericht vom 8. Dezember 2015 erklärten die Abklärungspersonen von A.____, dass es der Beschwerdeführerin im Verlauf der Verlängerung des Belastbarkeitstrainings gelungen sei, die Stunden weiter zu steigern. Ab Ende Oktober 2015 habe sie viermal pro

Woche an vier Stunden pro Tag am Programm teilgenommen. Sie habe nur einen Krankheitstag gehabt und sei sehr zuverlässig gewesen. Ihren Aussagen zufolge habe sich ihr Gesundheitszustand jedoch im Verlauf der Massnahme verschlechtert. Sie habe über verschiedene körperliche Symptome, über grosse Erschöpfung und wenig Regenerationsmöglichkeiten geklagt (Urk. 7/60/5). Die Selbst- und Fremdeinschätzung bezüglich ihres Zustandes gingen je länger je mehr auseinander (Urk. 7/60/4).

E. 3.8

Dr. B.____ stellte im psychiatrischen Konsilium vom 17. Dezember 2015 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.11), chronischer Verlauf seit 2013, körperlich betonte Symptomatik. Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er nicht. Dr. B.____ erklärte, dass die Beschwerdeführerin bis Ende 2014 weiterhin annehmbar zu 100 % krank gewesen sei. In der ersten Hälfte 2015, als sie ausschliesslich zu Hause gewesen sei, habe sie sich - ohne stationäre Therapie und Arbeit - etwas entlastet gefühlt. Mit der Aufnahme des IV-Programms, welches im geschützten Rahmen mit ca. 40 % stattfindet, sei es zu einer Symptomzunahme und einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität/Aktivität/Partizipation auch im privaten Bereich gekommen. Rückblickend bestehe auch im Jahr 2015 aus psychischen Gründen keine genügende Stabilität für eine berufliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft (Urk. 7/62).

E. 3.9

Die Abklärungspersonen von A.____ hielten im Schlussbericht vom 28. Januar 2016 fest, dass das Aufbautraining von der gesundheitlichen Instabilität der Beschwerdeführerin und der weiterhin stark ausgeprägten depressiven Symptomatik (wenig Antrieb, geringer Selbstwert) geprägt gewesen sei. Im Januar 2016 habe sie sich nach Rücksprache mit ihren Ärzten zum Abbruch des Programms entschieden, was auch aus ihrer Sicht der richtige Schritt sei. Eine Steigerung der Präsenzzeit sei nicht möglich gewesen. Auch im geschützten Bereich ihrer Werkstatt sei sie rasch an ihre Belastungsgrenze gekommen, so dass eine Heranführung an den ersten Arbeitsmarkt zurzeit nicht realistisch sei (Urk. 7/67/5).

E. 3.10

Lic. phil. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 4. Februar 2016 (1) eine chronische depressive Störung (ICD-10 F32.11) mit somatischem Syndrom (Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Stressintoleranz, körperlich erlebte Erschöpfung), in ihrer Ausprägung mittelgradig, und (2) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Die Beschwerdeführerin sei seit März 2015 bei ihm in Therapie. Von März bis Juni 2015 hätten die Therapiesitzungen zwei Mal wöchentlich stattgefunden, nach dem Einstieg ins Belastbarkeitstraining von A.____ noch einmal pro Woche. Gelegentlich seien die Termine wegen extremer Kopfschmerzen, Rückenverspannungen und Erschöpfung ausgefallen. Zurzeit bestehe eine minimale Arbeitsfähigkeit von 15 bis 20 % in geschütztem Rahmen (Urk. 7/71). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 26. April 2016 (Urk. 2) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin kein eigenständiges und therapieresistentes Leiden vorliege, welches unabhängig von der psychosozialen Belastung zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Sie stütze sich dabei im Wesentlichen auf die medizinischen Beurteilungen von Dr. D.____ vom 2. Juli 2014 (Urk. 7/22) und Dr. E.____

vom 13. April 2015 (Urk. 7/30; vgl. dazu auch die Stellungnahme von dipl.-med. N.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD] vom 25. Februar 2016, Urk. 7/77/4). 4.2

Bei den genannten Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. E.____, welche zu handen der Krankentaggeldversicherung Swica erstellt wurden, handelt es sich nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Ausweislich der Akten konnte die Beschwerdeführerin weder allfällige Ablehnungsgründe gegen diese beiden Ärzte geltend machen noch Gegenvorschläge unterbreiten (vgl. Art. 44 ATSG) noch wurde ihr das Recht gewährt, sich vorgängig zu den Fragen an Dr. D.____ und Dr. E.____ zu äussern (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Dies hat zwar nicht zur Folge, dass den Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. E.____ grundsätzlich kein Beweiswert beizumessen wäre. Unter den gegebenen Umständen ist es aber sachgerecht, an die Beweiskraft dieser Beurteilungen die gleichen Anforderungen zu stellen, wie sie etwa bei Berichten von verschiedenen Ärzten gelten. Danach ist zu prüfen, ob sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet so wie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen seine Zuverlässigkeit bestehen, wobei an die Unparteilichkeit der Ärzte ein strenger Massstab anzulegen ist (vgl. BGE 123 V 331 E. 1c mit Hinweisen). 4.3

Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 12 S. 13) stellte Dr. E.____ in seiner medizinischen Beurteilung vom 13. April 2015 mit der Diagnose depressive Episode, in Remission, ICD-10 F32.4 (Urk. 7/30/19), eine im ICD-10 kodifizierte Diagnose (vgl. hingegen ICD-10-G11 [= German Version]). Im Weiteren wies Dr. E.____ zu Recht darauf hin, dass in den Berichten der G.____ betreffend die Behandlung vom 18. September bis zum 24. Dezember 2014 - die sich im Übrigen nicht bei den Akten befinden, sondern lediglich in der medizinischen Beurteilung von Dr. E.____ wiedergegeben wurden (vgl. Urk. 7/30/3-4) - von einer Teilremission bzw. geringen Verbesserung der depressiven Symptomatik die Rede war. Dass sich die depressive Symptomatik derart gebessert habe, dass bei Austritt lediglich noch eine leichte depressive Störung nach ICD-10 F32.0 bestanden habe - wie Dr. E.____ daraus folgerte (Urk. 7/30/20 und Urk. 7/40/3) - ist jedoch nicht aktenkundig. Auch bei Austritt wurde vielmehr (gemäss Zitat Dr. E.____) nach wie vor eine (offenbar etwas leichter ausgeprägte) mittelgradige depressive Episode festgestellt, wobei gemäss med. pract. O.____ von der G.____ damals auch nicht mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen war (Urk. 7/30/3-4). Sodann machte Dr. E.____ zu Recht darauf aufmerksam, dass sich sowohl psychosoziale Belastungsfaktoren (Eheprobleme, Arbeitslosigkeit beider Ehegatten, erhebliche Verschuldung, Versorgung einer demenzkranken Mutter, Ablösungsprozess von den Kindern) als auch sozio-kulturelle Einflüsse (Immigration von Argentinien in die Schweiz 1999; vgl. Urk. 1 S. 3) identifizieren lassen würden. Seine Darlegungen, wonach die Beschwerdeführerin ohne ihre Fixierung auf eine in Lateinamerika überwiegend noch gelebte traditionelle Mutter- und Partnerinnenrolle, welche zu erheblichen innerpsychischen Konflikten führe - vor allem dann, wenn die Angehörigen diese traditionelle Welt verlassen würden -, mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht oder nicht schwer erkrankt wäre (Urk. 7/30/22), vermögen in dieser pauschalisierenden Form allerdings nicht zu überzeugen, zumal sich die Beschwerdeführerin gerade nicht (vollständig) für eine solche traditionelle Rolle entschieden hat, sondern auch (teil-)erwerbstätig war (vgl. Urk. 7/11). Schliesslich verfügte Dr. E.____ im Zeitpunkt seiner medizinischen Beurteilung auch über keinen Vorbericht der seit November 2013 behandelnden Dr. H.____/Psychologen I.____ (Urk. 7/30/3-9), weshalb

seine Einschätzung, wonach die bisherige psychiatrische Behandlung nicht adäquat gewesen sei, jedenfalls nicht in Kenntnis sämtlicher relevanter Vorakten erging.

Unter diesen Umständen vermag die Beurteilung von Dr. E.____, wonach die Beschwerdeführerin ab Ende April 2015 wieder als zu 100 % arbeitsfähig zu gelten habe (Urk. 7/30/22) – was auch in erheblichem Widerspruch steht zu der Beurteilung von Dr. B.____ (Urk. 7/62) sowie der gezeigten Leistung während des Belastbarkeitstrainings (Urk. 7/49, Urk. 7/60 und Urk. 7/67) -, nicht zu über zeugen. Damit erübrigen sich Erörterungen zu den Qualifikationen von Dr. E.____. Darauf hinzuweisen ist an dieser Stelle indes noch, dass Dr. E.____ gemäss seinen Angaben durch Besitzstandswahrung (Dignität Psychiatrie und Psychotherapie FMH) berechtigt ist, alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen zu erbringen, inkl. psychiatrische Gutachten (Urk. 7/30/23). 4.4

Nicht abgestellt werden kann sodann auch auf die von der Swica in Auftrag gegebene medizinische Kurzbeurteilung von Dr. D.____ vom 2. Juli 2014, welche fast zwei Jahre vor Erlass der angefochtenen Verfügung erging und deren Prognose sich nicht verwirklicht hat (Urk. 7/22). Dr. D.____ verfügt im Übrigen auch nicht über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. <https://www.medregom.admin.ch>

). 4.5

Im Weiteren hat sich Dr. B.____ im psychiatrischen Konsilium vom 17. Dezember 2015 nicht mit der Frage auseinandergesetzt, inwiefern die psychosozialen und sozio-kulturellen Faktoren das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin mit bestimmen (vgl. E. 1.3). Überdies fehlt in diesem Konsilium auch eine eingehende Auseinandersetzung mit der Frage, ob und falls ja weshalb vorliegend von einer Therapieresistenz der depressiven Symptomatik auszugehen ist. Ferner lässt seine Beurteilung eine nachvollziehbare Begründung, weshalb von einer nahezu vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, missen. Schliesslich wies Dr. B.____ selbst darauf hin, dass angesichts der aus psychischer Sicht deutlich unsicheren Prognose in den nächsten Monaten eine eingehende psychiatrische Begutachtung zu empfehlen sei (Urk. 7/62). 4.6

Es ist somit festzuhalten, dass der entscheidrelevante Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht ungenügend abgeklärt ist. 5.

Die Sache ist demnach in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie insbesondere die Berichte der G.____ betreffend die Behandlung der Beschwerdeführerin vom 18. September bis zum 24. Dezember 2014 und aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte einholt und den medizinischen Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht gutachterlich abklären lässt. In Auseinandersetzung mit den bisherigen Arztberichten soll die Gutachterin bzw. der Gutachter sich zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie insbesondere auch zum Einfluss der psychosozialen/sozio-kulturellen Faktoren und zur Frage einer allfälligen Therapie resistenz der depressiven Symptomatik äussern. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.--

anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 6.2

Ausgangsgemäss hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 26. April 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

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 Kreyenbühl

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die

Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

Z60.0)

Dr. E.____ erklärte, dass die Depression der Beschwerdeführerin nicht adäquat behandelt und sehr viel Zeit vergeudet worden sei mit unzureichenden Krankheits- und Behandlungskonzepten. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin in der J.____ – und beispielsweise nicht in der K.____ in Z.____ oder der L.____ in M.____ - behandelt worden sei, obwohl bekannt gewesen sei, dass sie unter der Distanz zu ihrer Familie leide. Im Weiteren sei die Beschwerdeführerin erst mit einjähriger Verspätung einer tagesklinischen Betreuung zugeführt worden. Dadurch habe eine Teilremission erzielt werden können, das heisse, dass die Eintrittsdiagnose mittelgradige depressive Episode am Ende der Behandlung nicht mehr nachweisbar gewesen sei. Es habe nur noch eine leichte depressive Störung bestanden. Zu empfehlen sei die Fortsetzung einer adäquaten Psychotherapie. Die aktuelle psychologisch-psychotherapeutische Therapie könne nur als inadäquat bezeichnet werden. Dr. F.____ und auch lic. phil. C.____ könnten weder einen psychopathologischen Befund noch eine ICD-10-Diagnose nennen (Urk. 7/30/20-21).

Weiter führte Dr. E.____ aus, dass sich sowohl psychosoziale Belastungsfaktoren (familiäre Probleme, Ehe- und Arbeitsplatzprobleme, erhebliche Verschuldung, Versorgung einer demenzkranken Mutter, die keinerlei Unterstützung durch eine Rentenkasse erhalte usw.) als auch sozio-kulturelle Einflüsse identifizieren lassen würden. Die Beschwerdeführerin lebe eine traditionelle Mutter- und Partnerinnenrolle, die in lateinamerikanischen Ländern wie zum Beispiel Argentinien nach wie vor überwiegend gelebt werde. Dies führe zu erheblichen innerpsychischen Konflikten, vor allem dann, wenn die Angehörigen diese traditionelle Welt verlassen würden (empty nest syndrome). Ohne eine solche Fixierung auf eine traditionelle lateinamerikanische Frauenrolle wäre die Beschwerdeführerin mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht oder nicht schwer erkrankt, sondern hätte ihr Leben selbstbewusst gestaltet, ohne dauernd die Opferrolle bevorzugen zu müssen. In der beruflichen Tätigkeit als Bedienerin bestehe ab dem 23. März 2015 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Mit einer Steigerung auf 100 % sei innerhalb von einem Monat zu rechnen (Urk. 7/30/22).

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