

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00632 vom 5. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00632](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00632)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00632 du 5 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00632 del 5 dicembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1962, ohne Ausbildung, war seit ihrer Heirat im Oktober 1987 als Hausfrau tätig. Am 15. Januar 2015 meldete sie sich unter Hinweis auf Depressionen, eine Lungenembolie, Zysten in der Brust und eine Thrombose in den Beinen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2 Ziff. 5 und Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und veranlasste eine Begutachtung durch Dr. med. Y.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 25. November 2015; Urk. 9/22/1-19). Am 4. Januar 2016 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 9/25); gleichzeitig wies sie die Versicherte in Bezug auf zukünftige Leistungen auf ihre Mitwirkungspflicht betreffend eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Unterstützung zur Entzugsbehandlung hin (Urk. 9/24). Auf den Einwand vom 29. Januar und vom 1. April 2016 (Urk. 9/29; Urk. 9/35) hin verneinte die IV-Stelle unter dem Hinweis auf eine fehlende Einschränkung für Tätigkeiten im Haushalt und für einfache Hilfsarbeiten mit Verfügung vom 4. Mai 2016 (Urk. 2) den Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente % 1. Dagegen erhob die Versicherte am 1. Juni 2016 Beschwerde (Urk. 1/1) und beantragte, die Verfügung vom 4. Mai 2016 (Urk. 2) sei aufzuheben. In formeller Hinsicht stellte sie das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1/2). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2016 (Urk. 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 11. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung:

#### 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

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbe gründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2 unter Hinweis auf 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

### **E. 1.3**

Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" an gegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89

klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 9C\_894/2015 vom 25. April 2016 E.

5.1 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen) .

#### **E. 4**

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51). 1.

#### **E. 4.1**

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2) für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführer in umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Besagtes Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 9/22/1-16 S. 2-4 und S. 6) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerungen des Gutachters sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Der Gutachter befasste sich insbesondere mit dem

Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2015 und den darin erwähnten abweichenden Diagnosen respektive Arbeitsfähigkeitsschätzungen, würdigte diese in einleuchtender Weise (S. 9 f.) und legte unter dem Hinweis, dass sich der Hausarzt nur auf die Angaben der Beschwerdeführerin stütze, zu Recht fest, dass darauf nicht abzustellen sei. Ferner schälte er die Inkonsistenzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden respektive dem gezeigten Verhalten der Beschwerdeführerin heraus (S. 10 und S. 12 f.) und beurteilte diese einlässlich. Der Gutachter legte weiter schlüssig dar, dass ein Verdacht auf ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vorlägen, wobei die Suchtproblematik nicht als Folge einer zuvor bereits bestehenden eigenständigen psychischen Störung zu betrachten sei.

Schliesslich zeigte er auf, dass weder der Substanzkonsum noch die Persönlichkeitszüge eine anhaltende respektive längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe (S. 12, S. 14 und S. 15). Das Gutachten erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidung darauf abzustellen ist.

#### **E. 4.2**

An dieser Beurteilung vermag auch der Bericht des Hausarztes und behandelnden Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_ vom 21. April 2016 (Urk. 9/36)

nichts zu ändern, auch wenn er von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands seit November 2015 (Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Y.\_\_\_\_) sprach, die Beschwerdeführerin als stimmungslabiler, unruhiger sowie affektiv inadäquater beschrieben

und das Auftreten von Halluzinationen erwähnte. Bezüglich letzteren belieess es Dr. Z.\_\_\_\_ bei einem pauschalen Hinweis und machte

keinerlei Angaben betreffend die konkrete Ausgestaltung der Halluzinationen sowie deren Auswirkungen auf den Alltag der Beschwerdeführerin. Des Weiteren äusserte er sich auch nicht zur Ursache dieser Symptome und setzte sich insbesondere nicht mit dem Substanzgebrauch als möglichen

Auslöser, dem Zusammenwirken von Benzodiazepinen mit anderen Medikamenten und Alkohol (vgl. Urk. 9/22/1-16 S. 4-5)

und mit

einer entsprechenden Entzugsbehandlung

auseinander. Ebenso wenig wurde der Hinweis von Dr. Y.\_\_\_\_ betreffend die deutliche Aggravation (S. 12, S. 13 und S. 15) entkräftet, zumal diese in keinem der vorliegenden Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ thematisiert wurde. Im Übrigen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte respektive behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

#### **E. 4.3**

Im Lichte obiger Erwägungen ist gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 25. November 2015 davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin für Tätigkeiten im Aufgabenbereich sowie für einfache Hilfsarbeiten zu 100% arbeitsfähig ist, zumal eine nicht invalidenversicherungsrechtlich relevante primäre Suchtproblematik sowie eine Z-Diagnose in Form von akzentuierten Persönlichkeitszügen vorliegen (vgl. E. 1.2 -3) und überdies

Hinweise auf eine Aggravation gegeben sind (vgl. E. 1.4).

Die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2016 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

#### **E. 5**

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

### **E. 5.1**

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unentgeltlichen Beschwerdeführer in aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos und die Partei bedürftig ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Beschwerdeführerin bedürftig ist (vgl. Urk. 7), ist ihr antragsgemäss (Urk. 1/2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) aufmerksam gemacht. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 1. Juni 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub  
Schleiffer  
Marais

### **E. 8**

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis ). Nach Massgabe der Art.

### **E. 13**

und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art .

### **E. 16**

Abs . 2 lit . c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis ). 1. 6

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. 2 IVG). 1. 7

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**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung für Tätigkeiten im Haushalt und für einfache Hilfsarbeiten vorgelegen habe. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin bestünden gemäss den medizinischen Abklärungen aufgrund einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen mit gegenwärtigem regelmässigem Substanzkonsum von Lorazepam . Mit der weiterhin regelmässigen strukturierten fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit Unterstützung zur Entzugsbehandlung könne der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sodann wesentlich verbessert werden (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1/1) auf den Standpunkt, ihre Depressionen hätten sich sehr verschlechtert, was sich auf ihre körperliche

Verfassung auswirke, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben sei. 3.

### 3.1

In seinem Bericht vom 20. April und 28. Juni 2015 stellte der Hausarzt

und behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin, Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 9/22/1-16 S. 4), folgende Diagnosen (Urk. 9/12/1-4 und Urk. 9/15/1-5 Ziff. 1.1): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Lungenembolie - bekannte zystische Mastopathie beidseits

Dr. Z.\_\_\_\_

führte aus, das formale Denken der Beschwerdeführerin sei eher beschleunigt und inhaltlich auf körperliche Symptome fixiert. Der affektive Kontakt sei nicht oder nur schwer herstellbar und die Prognose sei ungünstig (Ziff. 1.4). Der Psychiater attestierte eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. August 2013 (Beginn seiner ambulanten Behandlung, Ziff. 1.2) und wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bis anhin nur im Haushalt tätig gewesen sei, nie einen Beruf erlernt habe und aufgrund ihrer Ängste nicht eingliederbar sei. Sie sei sehr unsicher und es stehe bei ihr eine ständige Fluchtbereitschaft im Vordergrund. Aktuell sei sie nicht in der Lage, einer geregelten oder unregelmässigen Arbeitstätigkeit nachzugehen. Die Haushaltstätigkeit könne sie gerade noch knapp genügend erfüllen, wobei sie maximal zwei Stunden Hausarbeiten leisten könne und ansonsten auf die Unterstützung der Familie angewiesen sei (Ziff. 1.6 f.). 3.2

In dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 25. November 2015 (Urk. 9/22/1-16) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 8): - Verdacht auf Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen (Lorazepam, ICD-10 F13.2) - mit gegenwärtig regelmässigem Substanzkonsum und zusätzlichem Gebrauch von Tabak und Alkohol - bei akzentuierten (narzisstisch, emotional, ängstlich-dysthym) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z 73.1)

Der Gutachter führte aus, dass die vom behandelnden Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_ gestellte Diagnose der generalisierten Angststörung aus versicherungsmässig-psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Dr. Z.\_\_\_\_ habe vollständig auf die rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Gestützt auf die objektiven psychopathologischen Befunde (reduzierter Allgemeinzustand, psychomotorisch unruhig, im Denken beschleunigt und eingeengt, verminderter affektiver Rapport) sei ein qualitativ unspezifisches Syndrom erkennbar, dessen Schweregrad unklar bleibe. Vor dem Hintergrund der langjährigen Einnahme von Benzodiazepinen hätte ein allfälliges Entzugssyndrom örtlich festgestellt werden müssen, was Dr. Z.\_\_\_\_

indessen unterlassen habe. Dessen Einschätzungen – namentlich betreffend Diagnose und Arbeitsunfähigkeit – könnten deshalb nicht bestätigt werden (S. 9 f.).

Im Weiteren hielt Dr. Y.\_\_\_\_ fest, die Gesundheitsschädigung erscheine konkret als Verdacht auf ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen (mit gegenwärtig regelmässigem Substanzkonsum von Lorazepam, ICD-10 F13.2). Ferner sei auf akzentuierte (narzisstisch, emotional expressiv, ängstlich-dysthym) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) hinzuweisen. Die damit verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gegenwärtig gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. Eine Limitierung des Aktivitätsniveaus sei in keinem der vergl

eichbaren Lebensbereiche (Beruf /Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) damit zu erklären. Die „Suchterkrankung“ (Verdacht auf Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen) könne als „primär“ im versicherungspsychiatrischen Verständnis interpretiert werden (Konsumbeginn früh im Lebensverlauf, keine relevante komorbide Störung als Ursache) und begründe – ausser in Zuständen der Intoxikation oder eines schweren Entzugssyndroms – keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge stellten sodann keine eigenständige Komorbidität dar und würden für keinen Zeitraum eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit bewirken

(S. 11-12). Im Übrigen fehlten Hinweise auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung oder Persönlichkeitsstörung (S.

14).

Der Gutachter wies sodann darauf hin, dass darüber hinaus keine weiteren Hinweise vorhanden seien, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens

oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder eine fehlende Kapazität zur Bearbeitung innerpsychischer Konflikte). Die Beschwerdeführerin pflege regelmässig vielfältige soziale Kontakte und habe zudem soziale Ressourcen (Verwandte besuchen, gut angepasste soziale Kompetenzen, gute Kommunikationskompetenz) beschrieben (S. 12).

Dr. Y.\_\_\_\_

führte weiter aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine bewusstseinsnahe Aggravation deutlich im Vordergrund stehe. Es sei eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen der subjektiven Schilderung der kognitiven und emotionalen Beschwerden einerseits und dem beobachteten Verhalten sowie den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits festzustellen. Die Beschwerdeführerin beschreibe ihre Defizite vage, widersprüchlich, demonstrativ und unglaubwürdig (S. 12-13, S. 15).

Der Gutachter stellte sodann fest, dass aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seit August 2013 relevante, nicht ausgebaute Behandlungsmassnahmen dokumentiert seien, allerdings ohne Einsatz von suchtspezifischen Interventionen. Eine Indikation für eine weiterhin regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei gegeben, wobei die Beschwerdeführerin bei einer Entzugsbehandlung unterstützt werden könne (S. 13).

Unter dem Titel „krankheitsfremde Faktoren“ nannte der Gutachter eine Aggravation sowie psychosoziale Faktoren (beispielsweise Lebensalter, fehlender Berufsabschluss, fehlende Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Rentenbegehren, Krankheit des Ehemannes), welche nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht einfließen seien

(S. 13).

Betreffend Arbeitsfähigkeit hielt

Dr. Y.\_\_\_\_ schliesslich fest, dass für Tätigkeiten im Haushalt und für einfache Hilfsarbeiten (beispielsweise Hausieren) zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende (längerfristige) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden könne (S. 15). 3.3

Am 21. April 2016 äusserte sich Dr. Z.\_\_\_\_ erneut zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und hielt fest, dass sich dieser seit November 2015 wesentlich verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin sei stimmungslabiler, unruhiger und affektiv inadäquater geworden. Sie sei nicht belastbar, reagiere auf alltägliche Situationen zum Teil verfehlt aggressiv gegenüber Dritten und auch autoaggressiv. In letzter Zeit seien zudem auch Halluzinationen optischer und akustischer Art aufgetreten, weshalb es sinnvoll sei, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nochmals zu überprüfen (Urk. 9/36).

3.4

Was das von der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2016 eingereichte Arztzeugnis von Dr. Z.\_\_\_\_

vom 23. Mai 2016 (Urk. 3/2) betrifft, so ist dieses für die Beurteilung der in Frage stehenden Leistungsansprüche nicht von Relevanz. Für die Beurteilung massgebend sind die Verhältnisse bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens (Verfügung vom 4. Mai 2016; Urteil des Bundesgerichts 9C\_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 1.1), weshalb besagtes Arztzeugnis, in welchem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 23. Mai bis 30. Juni 2016 attestiert wurde, im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen ist, da dieses keine Aussagen bis zum relevanten Referenzzeitpunkt beinhaltet.

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