

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00693 vom 5. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00693](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00693)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00693 du 5 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00693 del 5 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1996, wurde erstmals im Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 342 der Verordnung über Geburts gebrechen (GgV) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 7/2), welche ihr mit Mitteilung vom 22. Oktober 2008 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gewährte (Urk. 7/9). Unter Hinweis auf psychische Beschwerden meldete sich die Versicherte am 20. April 2014 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und erteilte mit Mitteilung vom 27. Januar 2015 (Urk. 7/35) Kostengutsprache für ambulante Psychotherapie nach Art. 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG). Mit Mitteilung vom 12. Februar 2015 wurde das Leistungsbegehren für Eingliederungs massnahmen abgewiesen (Urk. 7/36). Die IV-Stelle holte daraufhin ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 23. November 2015 erstattet wurde (Urk. 7/61). Mit Mitteilung vom 25. Februar 2016 wurde der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen erneut verneint (Urk. 7/73). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/75; Urk. 7/76, Urk. 7/78) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. Mai 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 7/81 = 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 All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). 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 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 zu mutbar 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**

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

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

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

### **E. 1.4**

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.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 16. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 2. August 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 4. Januar 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## E. 2.1

sowie Urk. 6 ) liegen vorliegend keine entsprechenden

Indizien vor, welche das psychiatrische Gutachten in Zweifel zu ziehen vermögen. Insbesondere liegen in medizinischer Hinsicht keine gegensätzlichen Meinungsäusserungen vor, die ein Abweichen rechtfertigen würden. So wurde denn auch im

psychiatrischen Gutachten

festgehalten, dass die Hauptdiagnose der Agoraphobie mit Panikstörung unstrittig sei und aktuelle fachärztliche Einschätzungen zu Diagnosen und Arbeitsfähigkeit nicht vorliegen würden (vgl. Urk. 7/61 S. 18 Ziff. 9.8). Folgerichtig empfahl auch die Psychiaterin des RAD vollumfänglich auf die Beurteilungen des Gutachtens abzustellen (Urk. 7/74/8). 4.3

Soweit die Beschwerdegegnerin die Ansicht vertritt, dass trotz fachärztlich bescheinigter voller Arbeitsunfähigkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe, vermag dies nicht zu überzeugen. Zwar ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass einer Arztperson bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt (vgl. Urk. 6 S. 1). Soweit die Beschwerdegegnerin hingegen argumentiert, dass die Diagnose einer teilmittierten Agoraphobie mit Panikstörung aus medizinischer Sicht zwar eine Erkrankung darstelle, jedoch das Erfordernis einer langandauernden, schweren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht erfülle, verkennt sie offensichtlich, dass für die Eignung eines Gesundheitsschadens, die Leistungsfähigkeit rechts erheblich einzuschränken, nicht bereits die Befunde und Diagnosen, sondern erst deren Folgeabschätzung entscheidend ist.

Soweit die Beschwerdegegnerin weiter vorbringt, dass sich die im Gutachten festgestellten Einschränkungen lediglich aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ergeben würden und sich keine objektiven Befunde erheben liessen, ist sie auf die fachärztliche Aussage des psychiatrischen Gutachters zu verweisen, wonach es in der Natur solcher Angststörungen liegt, dass sich objektive Befunde im engeren Sinne nicht hätten erheben lassen. Die Störung und die genannten Beschwerden liessen sich nur indirekt objektivieren, anhand der subjektiven Angaben, der geschilderten Einschränkungen in Arbeit und Freizeit etc. (vgl. Urk. 7/61 S. 19 Ziff. 10 Ziff. 1).

Der psychiatrische Gutachter nahm unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen eine objektive Beurteilung vor, welche auf das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens schliessen lässt. So bedarf es für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich einer fachärztlichen Diagnose, die sich lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abstützt (BGE 130 V 396 E. 6, Urteil des Bundesgerichts 9C\_510/2009 vom 30. August 2010 E. 3.2.3).

Es sind - unter sozialversicherungsrechtlichen Aspekten - keine Gründe ersichtlich, sich über diese Feststellungen hinwegzusetzen. Die Überprüfung der sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite durch die Beschwerdegegnerin überzeugt nicht: So vermögen die von ihr unter anderem genannten Ressourcen respektive Aktivitäten (vgl. Urk. 2 und Urk. 6) die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten nicht in Frage zu stellen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass keine wesentlichen Inkonsistenzen festgestellt werden konnten (Urk. 7/61 S.

18 Ziff. 9.5) . Gegen solche sprechen auch die Kooperation der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Ausschöpfung der therapeutischen Massnahmen und die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum in der Bäckerei von sich aus zu erhöhen versucht.

Entsprechend ist der Beschwerdegegnerin entgegenzuhalten, dass die von ihr erwähnten Ressourcen respektive Aktivitäten angesichts der vorhandenen Diagnosen und Befunde sowie des Umfangs und der Art der Einschränkungen , insbesondere der Derealisations-/Depersonalisationssymptomatik, bei weitem nicht genügend ausgeprägt sind, um von der lege artis festgestellten Arbeits unfähigkeit im psychiatrischen Gutachten abzuweichen. Wenn die Beschwerdeführerin an einem Morgen pro Woche für drei Stunden einer - gemäss Gutachten zumindest teilweise im geschützten Rahmen stattfindenden - Tätigkeit nachgeht, bei welcher es ihr bereits nach zwei bis zweieinhalb Stunden schlecht ter geht (vgl. Urk. 7/61 S. 13 oben), kann dies entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wohl kaum als regelmässige Tätigkeit respektive als Ressourc e bezeichnet werden, die gegen eine psychiatrische Erkrankung erheblichen Schwere grades spricht. Angesichts der vorliegenden Hauptdiagnose einer Agoraphobie erweist sich zudem der Verweis auf das gemeinsame Haushalterledigen, das drei Stunden am Stück Zeichnen und längere Zeit in einem Buch lesen Können (vgl. Urk. 6 S. 2 Mitte), bei welchen die durch die Hauptdiagnose bedingten Ein schrän kungen wenig oder gar keine Auswirkungen zeitigen, als wenig über zeu gend. Schliesslich kann die Beschwerdegegnerin auch nichts aus der Tatsache ableiten, dass die Beschwerdeführerin zu therapeutischen Zwecken - teilweise alleine oder zusammen mit der Betreuerin der Spitex oder der Mutter - und als Übung den öffentlichen Verkehr benutzt oder sonstigen Aktivitäten im Sinne einer Exposition nachgeht, um unter Leuten zu sein (vgl. Urk. 7/61 S. 8 Mitte).

Nach dem Gesagten erweisen sich die vorhandenen und von der Beschwerde gegnerin teilweise genannten Ressourcen in der im psychiatrischen G utachten festgestellten Arbeits(un)fähigkei t als gebührend berücksichtigt. 4.4

Zusammenfassend vermag die Beschwerdegegnerin keine substantiellen Gesichtspunkte vorzubringen, welche ein Abweichen von der im psychiatrischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde n .

Gestützt auf die vorhandenen Berichte ist damit - im hier massgeblichen Zeit raum vom September 2012 bis zum 17. Mai 2016 - von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die vom psychiatrischen Gutachter prognostizierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.7) konnte – soweit aufgrund der Akten ersichtlich - offenbar nicht realisiert werden (vgl. Urk. 7/78 S. 2).

Bei diesem Grad der Arbeitsunfähigkeit

besteht

demnach ein Invaliditätsgrad von 100 % und somit Anspruch auf eine ganze Rente. 4.5

Die Anmeldung der Beschwerdeführerin datiert vom 16 . Mai 201 4 ( Eingangs datum; Urk. 7/13 ). Nach Massgabe von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente somit ab 1. November 2014 , sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs .

Mit dieser Feststellung ist die angefochtene Verfügung, in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben. 4.6

#### 4.6.1

Zu ergänzen bleibt Folgendes: Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit ein zu räumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Zusätzlich sieht Art. 7 Abs. 2 IVG vor, dass die versicherte Person an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen muss. Dies sind insbesondere: Massnahmen der Frühintervention (lit. a); Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. b); Massnahmen beruflicher Art (lit. c) medizinische Behandlungen nach Art. 25 KVG (lit. d) sowie Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger nach Artikel 8a Absatz 2 (lit. e). 4.6.2

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. November 2015 waren der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch im Zeitpunkt der Erstatung des Gutachtens zwei Halbtage in angepasster Tätigkeit zumutbar. Ab dem 1. Januar 2016 erachtete er ein Pensum von drei Vormittagen, ab dem 1. März 2016 von vier Vormittagen und ab dem 1. Mai 2016 von fünf Vormittagen als wahrscheinlich zumutbar. Ab dem 1. Mai 2016 bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/61 S. 19 Ziff. 2). Eine psychotherapeutische Behandlung sei weiterhin indiziert und gerade hinsichtlich der Begleitung des beruflichen Reintegrationsprozesses wichtig (S. 19 unten Ziff. 3). Weiter hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführerin wären berufliche Massnahmen zumutbar (S. 17 unten). Schliesslich empfahl er, der grundsätzlich motivierten Beschwerdeführerin für mindestens zwei Jahre eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen bei gleichzeitiger psychotherapeutischer Begleitung im Umfang von mindestens zwei Terminen pro Monat (S. 20 Ziff. 4). 4.6.3

Mit Blick auf die Ausführungen des Gutachters läge es demnach nahe, dass die Beschwerdegegnerin solche im Sinne der Selbsteingliederung und damit der Schadenminderungspflicht zumutbare Massnahmen prüfen würde, zumal der Grundsatz der Schadenminderung auch nach rechtskräftiger Rentenzusprache beachtlich ist. Art. 21 Abs. 4 ATSG beschränkt das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht auf die Zeit vor der Rentenverfügung, sondern erklärt dieses ohne zeitliche Einschränkung unter anderem mit der Bedingung für anwendbar, dass eine zumutbare Behandlung eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht. Die Beschwerdegegnerin verfügt demnach mit Art. 21 Abs. 4 ATSG über das rechtliche Instrument, um die laufende Invalidenrente gegebenenfalls aufzuheben. Sie hätte zu diesem Zweck das Mahn- und Bedenkzeitverfahren einzuleiten und die Folgen einer Verletzung anzudrohen, wobei grundsätzlich auch nichts dagegen spricht, einer allfälligen mangelhaften Mitwirkung gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG anstelle der blossen Kürzung unter Umständen eine gänzliche Rentenaufhebung folgen zu lassen. Denn die durch Art. 21 Abs. 4 ATSG ersetzte Bestimmung von Art. 31 Abs. 1 alt IVG (gültig bis 31. Dezember 2002) sah ausdrücklich den Entzug der Invalidenrente als Sanktion einer verletzten Mitwirkungspflicht vor, wogegen Art. 21 Abs. 4 ATSG zwar den Rentenentzug nicht erwähnt, allerdings die Kürzung und Verweigerung

von Leistungen zulässt. Darunter ist analog zur ursprünglichen Leistungsverweigerung auch die nachträgliche Aufhebung einer laufenden Rente zu subsumieren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 4.4). 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss steht der obsiegenden Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 2'300.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. Mai 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2014 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 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. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - 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, 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 Mosimann P. Sager

## **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die behandelnden Fachärzte sowie der Gutachter übereinstimmend von

derselben psychiatrischen Diagnose mit Krankheitswert ausgehen und seit September 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren würden. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) empfehle ebenfalls, auf die Beurteilung des Gutachters abzustellen (S. 6 Mitte). Im Urteil 8C\_371/2014 habe das Bundesgericht festgehalten, dass eine Angststörung aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchungen klar diagnostiziert werden könne und damit überprüf- respektive objektivierbar sei. Dieses Störungsbild gehöre nicht zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach das Leiden der Beschwerdeführerin angeblich keine langdauernde und schwere Erkrankung mit erheblicher und dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstelle, würden ins Leere greifen und im vorliegenden Fall fehlgehen (S. 6 unten). Im Übrigen werde die Behauptung der Beschwerdegegnerin bestritten, wonach angeblich Ressourcen vorlägen, die gegen eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung sprächen. Dieser pauschalen Behauptung stehe einerseits entgegen, dass sie von der Psychiatrie-Spitex unterstützt werde, was aktenkundig sei. Andererseits habe sich der Gutachter ausführlich mit der Krankengeschichte und ihrer Tagesgestaltung befasst und sei in Kenntnis der genauen Umstände des vorliegenden Einzelfalles „medizinisch-theoretisch und unter Berücksichtigung des Aktivitätsniveaus im Alltag“ zur Einschätzung gelangt, dass aus psychiatrischer Sicht die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit seit September 2012 in erheblichem Masse eingeschränkt und lediglich eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen zumutbar sei (S. 7 oben).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden den Gesundheitsschaden verneint hat.

### **E. 2.4**

Soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 6), wäre diese - falls sie überhaupt zu bejahen wäre – jedenfalls leicht und als geheilt zu betrachten, handelt es sich beim hiesigen Gericht doch um eine Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). 3. 3.1

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, sowie lic. phil. Z.\_\_\_\_, Psychologin, A.\_\_\_\_, nannten im Bericht vom 10. März 2014 (Urk. 7/14/2-4) als Verdachtsdiagnosen eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) sowie eine sonstige emotionale Störung des Kindesalters (ICD-10 F93.8).

Dazu hielten sie fest, die Beschwerdeführerin habe sich im Juni 2013 erneut gemeldet, um bis zum geplanten stationären Eintritt begleitet zu werden. In dieser Zeit habe sie sich aufgrund der Ängste sehr ambivalent gezeigt. Einerseits habe sie sich eine stationäre Behandlung gewünscht, andererseits habe sie sich nicht zugetraut, den Schritt in die Klinik zu machen und all das Unbekannte zu schaffen. Der Eintritt in die B.\_\_\_\_ sei im September 2013 doch gelungen. 3.2

Dr. Y.\_\_\_\_ und lic. phil. Z.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 3. Juni 2014 (Urk. 7/14/5-7) als Diagnosen (Ziff. 1.1) eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (Erstdiagnose 2006; ICD-10 F43.2), eine soziale Phobie (Erstdiagnose 2008; ICD-10 F40.1), eine Panikstörung (Erstdiagnose 2012; ICD-10 F41.0), eine Agoraphobie mit

Panikstörung (Erstdiagnose 2014; ICD-10 F40.01), eine generalisierte Angststörung (Erstdiagnose B.\_\_\_\_ 2014; ICD-10 F41.1) sowie eine sekundäre Depression (Erstdiagnose B.\_\_\_\_ 2014, ICD-10 F32.1).

Bis September 2013 (seither sei die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung) sei es ihr aufgrund ihrer starken Angst und ihres ausgeprägten Vermeidungsverhaltens nicht möglich gewesen, eine Ausbildung in Angriff zu nehmen. Eine Lehre hätte sie aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes bereits abgebrochen (Ziff. 1.2). 3.3

Die Ärzte der B.\_\_\_\_ berichteten im Austrittsbericht vom 15. August 2014 (Urk. 7/18) über die dritte Hospitalisation vom 13. Februar bis 16. Mai 2014 und nannten als Diagnosen eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1).

Dazu führten sie aus, die beschriebene Symptomatik erfülle die Kriterien einer Panikstörung mit Agoraphobie mit depressiver Entwicklung. Ein mögliches traumatisches Erleben in der frühen Kindheit aufgrund einer Trennungssituation habe nicht abschliessend geklärt werden können. Im Rahmen der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz (Ablösung, Berufswahl) könne von einer Reaktivierung tiefer liegender Ängste vor dem Hintergrund eines insgesamt stark belasteten Familiensystems ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin habe ausgesprochen gute Ressourcen in den Bereichen sozialer Kompetenzen und kreativer Fähigkeiten. Es scheine, dass ihre starke Ambivalenz, sowie eine fehlende innere Erlaubnis zur gesunden altersentsprechenden Weiterentwicklung, die möglicherweise systembedingt sei, den psychischen Entwicklungsprozess stagnieren lasse. Eine unterstützende medikamentöse Therapie zur Angstreduktion und Stimmungsaufhellung habe in der subjektiven Wahrnehmung der Beschwerdeführerin keinen Effekt erbracht. Nach Erleben der ersten Panikattacke, die die Beschwerdeführerin als Rückfall erlebt habe, habe sich die Angst vor der Angst verstärkt, so dass weitere Expositionen im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung vermieden worden seien. Differentialdiagnostisch sei ausserdem an die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung vom ängstlich vermeidenden Typ zu denken. Es erfolgte schliesslich die Entlassung auf drängenden eigenen Wunsch und gegen die ärztliche Empfehlung sowie entgegen den mütterlichen Wunsch, jedoch mit ihrem Einverständnis in die ambulante Weiterbehandlung (S. 7 unten). 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 1. Dezember 2014 (Urk. 7/26/4-7) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 20. August 2014, und nannte als Diagnosen eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Diese ergänzte er durch die Diagnosen einer vorsätzlichen Selbstschädigung durch scharfen Gegenstand (ICD-10 X78), einer Depersonalisations-/Derealisationsstörung, einer abweichenden Elternsituation, einer psychischen Belastung in der Familie und einer schwerwiegenden sozialen Beeinträchtigung in den Bereichen Familie, Ausbildung und Freundeskreis (Ziff. 1. 1).

Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin besuche die Psychotherapie pünktlich und regelmässig (wöchentlich). Sie gebe sich grosse Mühe, die ihr gestellten Aufgaben zu erfüllen. So stehe sie jeden Morgen auf, gehe täglich nach draussen, helfe im Haushalt, übe Bus- und Zugfahrten im Sinne von Expositionenübungen, treffe Kollegen, wende die gelernten Skills an bei Spannungszuständen und Verlorenheitsgefühl, versuche negative

Glaubenssätze in positive umzuwandeln, mache Achtsamkeitsübungen und wende Atemübungen bei Angstzuständen an. Aus eigenem Antrieb und mit Hilfe der Psychiatrisespitem kümmere sie sich um einen Hund. Sie habe das Fotografieren intensiviert, habe ihren Vater getroffen und werde ihre Grossmutter nächstens zur Arbeit begleiten. Dies alles zeige, dass sie in kleinen Schritten Fortschritte mache. Aber sie sei auch sehr schnell überfordert.

Die Beschwerdeführerin zeige sehr viel Bereitschaft, aber die Schritte seien klein und sie brauche noch sehr viel Unterstützung. Sie habe zu wenig eigenen Antrieb, um alleine Initiativen zu ergreifen und Fortschritte zu machen. Auch neun Monate in der B. \_\_\_ hätten nicht zu einer Besserung des Zustandes geführt und die Dauer der Zeit mit Depersonalisationsgefühlen sei bereits lang. Dies zeige, dass es noch viel Zeit und Therapie brauche, bis der Zustand stabiler werde und sie doch noch eine Ausbildung aufnehmen könne (S. 1 oben). 3.5

Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 6. März 2015 (Urk. 7/45) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 28. März 2011 (Ziff. 1.2), und nannte als Diagnosen eine Panikstörung mit Agoraphobie, eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F40.01), eine ängstliche selbstunsichere Persönlichkeit (ICD-10 F60.6) sowie einen Status nach mittelgradiger Depression mit Selbstverletzung (ICD-10 F32.1).

Bereits 2007 habe die Beschwerdeführerin als Kind Ängste entwickelt und habe nicht mehr alleine schlafen wollen. Es sei eine ambulante Abklärung im A. \_\_\_ vorgenommen worden. Im Jahre 2012 mit 15 Jahren hätten sich die Ängste erneut verstärkt. Es sei zunehmend zu einer Depressionsentwicklung mit Ritzen der Haut gekommen, die dann zur Hospitalisation geführt habe. Die Beschwerdeführerin sei eine ängstliche junge Frau mit ungerichteten Ängsten sowie agoraphobischen Ängsten teilweise mit Panikattacken. Es bestünden Depersonalisations- und Derealisationserleben. Sie sei depressiv wirkend, grüblerisch, affektiv niedergeschlagen, labil, es komme immer wieder zu Weinattacken. Es bestehe eine innere Unruhe und ein Antriebsmangel (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin gehe regelmässig in eine delegierte Psychotherapie bei Frau E. \_\_\_, zu dem bestehe eine regelmässige Begleitung durch die Psychiatrisespitem (Ziff. 1.5). Es bestehe seit dem 1. August 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Bis heute sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig aufgrund ihrer Ängste und den depressiven Zuständen. Wie dies auf längere Sicht aussehe, könne er nicht beantworten (Ziff. 1.11). 3.6

Dr. C. \_\_\_ (vorstehend E. 3.4) nannte im Bericht vom 13. April 2015 (Urk. 7/ 50/3-6) die bereits bekannten Diagnosen (Ziff. 1.1). Dazu führte er aus, dass die Beschwerdeführerin seit Beginn der Therapie kleine Fortschritte erzielt habe. Sie habe gelernt, mit Angst- und Panikattacken umzugehen, habe Bus- und Zugfahrten trainiert, halte Spannungszustände besser aus, schneide sich momentan nicht mehr, gehe einmal pro Woche mit dem Hund spazieren, helfe einmal pro Woche mit der Grossmutter zwei bis drei Stunden in einer Bäckerei, helfe der Mutter im Haushalt. Es bestünden nach wie vor grosse Ängstlichkeit und Verunsicherung, Derealisations- und Depersonalisationsgefühle, Panikattacken, grosse Spannungszustände oder Leeregefühle, die zu selbstverletzendem Verhalten führten, ein niedriges Selbstbewusstsein, Einschlafschwierigkeiten und Perspektivlosigkeit. Es seien zaghafte Fortschritte spürbar, aber der Weg sei noch lang. Eine Prognose sei nicht möglich (Ziff. 1.4). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei im Umfang von zwei bis drei Stunden pro Woche möglich (Ziff. 1.7). 3.7

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 23. November 2015 (Urk. 7/61) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Mitte): - teilremittierte Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Beginn September 2012, Maximum September 2013, danach langsame Besserung - aktuell: persistierende Derealisations-/Depersonalisationssymptomatik, innere Unruhe - Ermüdung, Einschränkungen bei längeren Zugfahrten an fremde Orte, bei Menschenmengen in engen Räumen - soziale Kontakte ausser Haus und ÖV-Nahverkehr möglich - seit November 2014 Mitarbeit in einer Bäckerei, seit Juli 2015 regelmässig

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 14 unten): - spezifische Phobien (ICD-10 F40.2) - Spinnenphobie, Höhenangst, Liftangst, Clownangst

Bei der Beschwerdeführerin werde die Arbeitsfähigkeit durch Ängste, die sich insbesondere in ständigem, bei Beanspruchung verstärktem, Derealisations-/Depersonalisationserleben zeigen würden, eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe wenig Vertrauen in ihre Fähigkeiten und sei dadurch wenig belastbar. Dazu würden Ängste kommen, die die Arbeit in engen Räumen unter vielen Menschen sowie das Zurücklegen des Arbeitsweges einschränken könnten. Das ständige Gefühl von Derealisation belaste die Beschwerdeführerin psychisch, es konsumiere über die ängstliche Aktivierung Energie und gehe deshalb mit einer leichten Antriebsstörung beziehungsweise vorzeitigem Ermüdbarkeit einher. Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin in der Produktion einer Bäckerei. Seit Sommer könne sie regelmässig einen Vormittag (8.30 Uhr bis 11.30 Uhr) einschliesslich Anreise mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen. Aktuell, ab November 2015, wolle sie das Pensum auf zwei Vormittage ausdehnen. Aus dem Aktivitätsniveau in der Freizeit gehe hervor, dass diese Steigerung durchaus zumutbar sei und in weiteren Schritten ausgebaut werden könne. Im Haushalt bestünde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im geschützten Rahmen wären aktuell täglich 4 Stunden zumutbar.

Bezogen auf die jetzige Tätigkeit in der Bäckerei sei ab sofort ein Pensum von 2 Vormittagen zumutbar. Wahrscheinlich sei ab dem 1. Januar 2016 ein Pensum von drei Vormittagen zumutbar, ab dem 1. März 2016 von vier Vormittagen, ab dem 1. Mai 2016 von fünf Vormittagen, was einer Arbeitsfähigkeit von 50 % entspreche (S. 18 Ziff. 9.7).

In Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin gestellten Zusatzfragen führt er unter anderem weiter aus, aufgrund der Akten und Angaben der Beschwerdeführerin müsse man annehmen, dass seit September 2012 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen habe. Seit Juli 2015 könne

die Beschwerdeführerin einen halben Tag in einer Bäckerei in der Produktion helfen. Diese Tätigkeit, vermittelt durch persönliche Beziehungen, habe aber mindestens teilweise den Charakter einer geschützten Tätigkeit. Insofern sei schwer abschätzbar, ob die Beschwerdeführerin jetzt schon eine auf dem freien Arbeitsmarkt verwertbare Leistung erbringen könne (S. 19 Mitte). 3.8

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 2. Dezember 2015 (Urk. 7/72/2; Urk. 7/74/7 f.) unter anderem aus, dass auf die Beurteilungen im Gutachten vollumfänglich abgestellt werden könne. 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) auf für die strittigen Belange umfassen den Untersuchungen

beruht und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die vom Gutachter vorgenommene psychiatrische Beurteilung erweist sich hinsichtlich der Herleitung und Abgrenzung der Diagnosen sowie insbesondere der Derealisation- und Depersonalisationssymptomatik vorliegend als ausgesprochen fallbezogen aufschlussreich und lässt die Schlussfolgerungen als nachvollziehbar erscheinen. Das psychiatrische Gutachten leuchtet dementsprechend in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Zu überzeugen vermögen insbesondere die Ausführungen zu den bestehenden Einschränkungen und der geringen Belastbarkeit aufgrund der Ängste, die sich in ständigem, bei Beanspruchung verstärktem, Derealisations-/Depersonalizations erleben zeigen.

Die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, womit es die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich erfüllt und für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Der psychiatrische Gutachter kam in seiner Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass aktuell im geschützten Rahmen eine Tätigkeit von täglich vier Stunden zumutbar wäre. Aufgrund der Akten und der Angaben der Beschwerdeführerin müsse man annehmen, dass seit September 2012 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen habe. Seit Juli 2015 könne die Beschwerdeführerin einen halben Tag in einer Bäckerei in der Produktion helfen. Diese Tätigkeit habe aber mindestens teilweise den Charakter einer geschützten Tätigkeit. Insofern sei schwer abschätzbar, ob die Beschwerdeführerin jetzt schon eine auf dem freien Arbeitsmarkt verwertbare Leistung erbringe (vgl. vorstehend E.3.7). 4.2

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung recht mässig eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

Entgegen der Ansicht und den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. vorstehend E.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine 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.