

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00759 vom 23. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00759

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00759 du 23 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00759 del 23 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

3. Februar 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Pensionskasse bei (Urk. 7/11, Urk. 7/33). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/49 ; Urk. 7/51, Urk. 7/55) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom

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. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen

einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E.

E. 3

0. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab August 2015 eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. August 2016 (Urk.

E. 3.2

Im Bericht der A.____ vom 11. Februar 2015 (Urk. 7/23/13-15) nannten die Ärzte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) , sowie eine nicht organische Insomnie (ICD-10 F51.0).

E. 3.3

Im Bericht der B.____ vom 10. Juni 2015 (Urk. 7/21) berichteten die Ärzte von einer stationären Behandlung vom 17. März bis 12. Mai

2015 (Ziff. 1.3) und nannten als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Dazu führten sie aus, die bisherige antidepressive medikamentöse Behandlung mit Mirtazapin

sei bei ungenügender Wirkung um Duloxetin ergänzt worden , was im Verlauf auf 60

mg habe aufdosiert werden können . Trotz unerwünschter Wirkungen mit Schwindel und innerer Unruhe unter dieser Dosis habe die Beschwerdeführerin die weitere Einnahme von 60 mg bei Teilremission der Antriebsminderung gewünscht . Zolpidem

habe im Verlauf aus der Fixmedikation herausgenommen und als Bedarfsmedikation eingesetzt werden können, wovon die Beschwerdeführerin zu einem Teil der Nächte eine halbe Tablette eingenommen habe . Die Beschwerdeführerin

habe integrative Einzelpsychotherapie erhalten . In diesem Rahmen sei an der Annahme der Krankenrolle gearbeitet worden , die Assoziation des Krankseins mit empfundem Kontrollverlust sowie das zwischen stark negativ und stark positiv schwankende Selbstkonzept seien bearbeitet worden . Zudem habe sie regelmäßig an multimodalen, individuell zusammengestellten Gruppentherapieprogrammen , an der Depressions-Psychoedukationsgruppe sowie der

Bewegungs-, Entspannungs-, Achtsamkeits- und Ergotherapie teilgenommen . Die innere Unruhe sei im Verlauf der Therapie teilweise remittiert , die restlichen psychopathologischen Symptome würden weitgehend persistieren.

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes sei es der Beschwerdeführerin schwer gefallen , sich in der Krankenrolle

zurecht zu finden. Im Verlauf habe sie sich zunehmend in eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung einlassen können .

Der anfangs sehr kontrolliert wirkenden

Beschwerdeführerin mit stark kognitivem Fokus sei es im Verlauf der Behandlung vermehrt gelungen , Emotionen zuzulassen und sich im Rahmen der Therapie emotional mehr zu öffnen , was mit einer Zustandsverschlechterung mit stark empfundener Erschöpfung, Weinen und Hilflosigkeitserleben einhergegangen sei (Ziff. 1.5). Entsprechend attestierten die Ärzte vom 17. März bis 26. Mai

2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Fachexpertin für Betreuung und Pflege (Ziff. 1.6). Die psychischen Einschränkungen würden sich vor allem durch eine reduzierte Belastbarkeit, Antriebsminderung sowie Konzentrationsstörungen mit Einschränkungen in der Handlungsstrukturierung zeigen . Ob die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe und in welchem Umfang eine leidensangepasste Tätigkeit

möglich sei, könne zum Zeitpunkt des Klinikaustritts nicht beurteilt werden (Ziff. 1.7).

E. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 6. Oktober 2015 (Urk. 7/33) zuhanden der Pensionskasse als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Zusätzlich würden Hinweise auf abhängige und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), differentialdiagnostisch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) bestehen. Die diesbezügliche Diagnostik könne aktuell jedoch nicht zuverlässig durchgeführt werden, weil das depressive Syndrom zu stark ausgeprägt sei (S.

2). Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin müsse zu erst eine viele Monate dauernde Phase der psychischen Rehabilitation durchlaufen, bevor an eine Reintegration in die Arbeitswelt gedacht werden könne. Ob sie nach der Genesung eine Funktion, welche ihrer letzten Tätigkeit entspreche, wieder ausüben könne, sei im Moment noch offen. Für die bisherige Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 10 f.).

E. 3.5

Am 19. Oktober 2015 berichteten die Ärzte der B.____ über eine zweite stationäre Hospitalisation vom 19. Juni bis 15. Oktober

2015 (Urk. 7/44) und nannten als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) sowie einen Verdacht auf eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, dependenten und paranoiden Anteilen (ICD-10 F33.2). Eine psychopathologische Befundaufnahme sei bei Eintritt nicht möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin liege weinend im Bett, wolle in Ruhe gelassen werden und antworte unverständlich auf Fragen. Fremdanamnistisch habe sie suizidale Äusserungen getätigt (S. 2 oben).

Zu Beginn sei der Kommunikationsstil der Beschwerdeführerin von einer grossen Ambivalenz und fehlender Offenheit bezüglich akuter Suizidalität geprägt gewesen, wodurch es aufgrund fehlender Absprachefähigkeit im Verlauf einmalig zu einer Verlegung ins geschlossene Stationsviertel gekommen sei. Anschliessend habe eine neue Kommunikationsform erarbeitet werden können, wobei die Patientin mit grosser Selbstwirksamkeit und Präzision ein persönliches Ampel-System für die Kommunikation ihrer Bedürfnisse entworfen habe, welches sie in der Kommunikation mit dem Personal und ihrem Bruder erfolgreich eingesetzt habe. Durch dieses Erfolgsergebnis sei die Beschwerdeführerin aktiviert worden, habe mehr Selbstvertrauen erhalten und habe sich vermehrt öffnen können bezüglich Zusammenhängen biografischer Anteile und der Krankheitsgenese. Nach der weitgehenden Remission der Depression sei beobachtet worden, dass zwanghafte, paranoide und dependente Persönlichkeitsanteile in den Vordergrund getreten seien, welche in den Therapiesitzungen

transparent hätten besprochen und bearbeitet werden können. In der Zusammenschau der psychodiagnostischen Testergebnisse, der klinischen Beobachtungen und der therapeutischen Beziehungsgestaltung

sei am ehesten von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, paranoiden und dependenten Anteilen auszugehen. Ausserdem seien die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode erfüllt

gewesen .

Nach erfolgter Krisenintervention sei die Beschwerdeführerin mit guter Teilremission der depressiven Symptomatik in die vorbestehenden Wohnverhältnisse und in die aufgegleiste tagesklinische

Anschlussbehandlung im D.____ entlassen worden (S.

4) .

E. 3.6

Dr. med. E.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ,

Oberärztin

D.____ (B.____) führte in ihrem Bericht vom 15. Januar 2016 (Urk. 7/43) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 19. Oktober 2015 (Ziff. 1.2) , und nannte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) bei Status nach schwerer Episode, sowie eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0). Dazu führte sie aus, zurzeit befinde sich die Beschwerdeführerin weiterhin in einem psychisch eher instabilen Zustand. Die Situation mit ihrer Arbeitsstelle sei immer wieder Auslöser , um die Beschwerdeführerin in tiefe Krisen zu stürzen. Durch die akzentuierte Persönlichkeitsstruktur sei prognostisch von einem prolongierten Krankheitsverlauf auszugehen, so dass eine Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich sei (S. 4 Mitte).

Für die Zeit vom 19. Oktober 2015 bis 31. Januar 2016 bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei vor allem durch eine reduzierte Belastbarkeit, erniedrigte Frustrationstoleranz , Antriebsminderung sowie Konzentrationsstörungen mit Einschränkungen in der Handlungsstruktur beeinträchtigt. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Sinne eines Arbeits- und Belastbarkeitstrainings könne voraussichtlich in den nächsten zwei bis drei Monaten in einem Umfang von zwei bis vier Stunden pro Tag geplant werden (S. 5).

E. 3.7

Dipl.-Med. F.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und Gesundheitswesen, RAD, führte in der Stellungnahme vom 16. März 2016 (Urk. 7/47/4) aus, zur Erkrankung habe die unerwartete Kündigungsandrohung seitens des Arbeitgebers geführt ; die Beschwerdeführerin

habe erst eineinhalb Jahre dort gearbeitet.

Auf die unerwartete Kündigungsandrohung

habe die Beschwerdeführerin mit einer Panikattacke und später mit einer reaktiven Depression reagiert , weshalb ein Notarzt hinzugezogen werden musste . Eine vorgesehene stationäre Behandlung sei anfangs am Widerstand der Beschwerdeführerin gescheitert , wobei subjektive Umstände für die Weigerung zum Eintritt verantwortlich gewesen seien . Den Arztberichten sei eine Persönlichkeitsakzentuierung bei der Beschwerdeführerin zu entnehmen, welche den Umgang mit ihr erschwert habe .

Immer wieder sei von Kränkungen die Rede, welche zu überschießenden Reaktionen geführt hätten .

Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung hingegen sei nicht wahrscheinlich, da diese Diagnose erst im Verlauf der Behandlung aufgetaucht sei.

Per definitionem entsteht eine Persönlichkeitsstörung aber bereits im Jugendalter, spätestens im frühen Erwachsenenalter.

Zusammenfassend sei im Gegensatz zu einem Teil der ärztlichen Äusserungen festzuhalten, dass psychosoziale Belastungsfaktoren vordergründig seien. Der vorliegende Gesundheitsschaden generiere keinen Anspruch auf Massnahmen nach Artikel 28 IVG. Die Beschwerdeführerin sollte ohne weiteres in der Lage sein, bei einem anderen Arbeitgeber qualifikationsgerecht arbeiten zu können.

E. 3.8

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 25. April 2016 (Urk. 7/62/20-23) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Status nach schwerer Episode (1. schwere Episode 2002, aktuelle Episode seit August 2014), sowie eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit abhängigen, narzisstischen und histrionischen Anteilen. Eine delegierte ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Dr.

H.____ sei vom 21. Dezember 2002 bis 16. September 2005, vom 10. Januar bis 14. Mai 2009 und ab 28. August 2014 bis jetzt erfolgt. Derzeit bestehe eine Sitzungsfrequenz von zweimal wöchentlich (S. 1).

Die depressive Symptomatik sei noch immer sehr ausgeprägt, die Beschwerdeführerin leide weiter hin unter starken Schlafstörungen, stark gedrückter Stimmung, Antriebsproblemen, massiven Selbstwertproblemen, Gedankenkreisen, Ver zweiflung und Hoffnungslosigkeit, grosser Zukunftsangst, rascher Erschöpfung, Konzentrationsproblemen und Vergesslichkeit.

Sie könne ihren Alltag noch nicht strukturieren. Es zeige sich eine grosse Instabilität, sobald Briefe von Behörden kämen,

würden Zusammenbrüche erfolgen und es komme zu Überforderung sowie Suizidfantasien. In den Sitzungen mit Frau H.____ presse sie noch meistens ihre Handtasche an den Bauch als Schutz und Halt, um dem Zittern vor allem in ihren Extremitäten etwas entgegenzusetzen. Die starke körperliche Anspannung manifestiere sich in Schmerzzuständen (S. 4 Mitte).

Seit über einem Jahr befinde sich die Beschwerdeführerin in intensivster Behandlung.

Während dieses Zeitraumes hätten sich verschiedene Phasen gezeigt: Zunächst Mühe mit der Krankenrolle, dann das langsame Annehmen der Krankenrolle und das Aufgeben des stark kognitiven Fokus, Zulassen von Emotionen, die zunächst als überwältigend und als massive Verschlechterung ihres Zustandes erlebt würden, sich etwas mehr öffnen, anerkennen, dass sie in ihrer Beziehungsgestaltung Veränderungen vornehmen möchte, einige positive Erfahrungen mit Mitpatienten in der Tagesklinik. Jetzt seien die Voraussetzungen für eine tiefer greifende psychotherapeutische Behandlung der grundlegenden Störungen gegeben, jedoch sei noch nicht absehbar, in welchem zeitlichen Rahmen die nötigen Entwicklungen ablaufen würden (S. 4 unten).

Die Beschwerdeführerin sei derzeit von einer Arbeitsfähigkeit noch weit entfernt, zu instabil sei ihre psychische Verfassung und die depressive Episode sei noch zu stark ausgeprägt. Die Persönlichkeitsstörungen würden zu einem prolongierten Verlauf bei tragen und angesichts der bereits sehr lang andauernden Arbeitsunfähigkeit

sei nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in nächster Zeit auf den ersten Arbeitsmarkt zurückkommen könne (S. 4 unten). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin, bei der eine rezidivierende depressive Störung sowie zum Teil auch eine

Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, deswegen seit Jahren in ärztlicher Behandlung steht. Die behandelnden Ärzte attestierten ihr aufgrund der Schwere der Depression seit August 2014 durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.1-6, E. 3.8). 4.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung zwar nicht schlechthin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, von einem psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Zumindest bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint dies das Bundesgericht regelmässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014, E. 4.2).

Einer schweren Depression wird dagegen in der Regel invalidisierende Wirkung beigemessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_118/2014 vom 20. Mai 2014, E. 4.2.2). 4.3

Trotz mehrerer stationärer und teilstationärer Aufenthalte und einer – soweit ersichtlich – durchgehenden Depressionstherapie, welche nach wie vor andauert,

verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme von dipl.-med.

F. ___ des RAD (vgl. vorstehend E. 3.7) das Vorliegen einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung.

In Bezug auf die Beurteilung durch dipl.-med.

F. ___ des RAD gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass diese als Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und Gesundheitswesen nicht über eine für die Beurteilung des vorliegend im Streit stehenden psychischen Leidens angezeigte fachmedizinische Spezialisierung als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, weshalb auf ihre Beurteilung daher schon aus diesem Grunde nicht abgestellt werden kann.

Ohne

Auseinandersetzung mit der Erwerbsbiographie oder den medizinischen Berichten

hielt sie ohne eigene Untersuchung und entgegen sämtlicher fachärztlicher Ausführungen fest, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht wahrscheinlich sei und im Übrigen psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund stünden.

Ange sichts dieser pauscha len Ausführungen kann v on einer nachvollziehbaren medizinischen Würdi gung nicht die Rede sein .

I n Anbetracht des Schweregrades der depressiven Störung, welche von sämt lichen Fachärzten diagnostiziert wurde, kann dieser eine invalidisierende Wir kung nicht von vorneherein und ohne weitere Abklärun gen abgesprochen werden. 4.4

Rechtsprechungsgemäss ist auf der anderen Seite ebenfalls zu berück sich tigen, dass die behandeln den Ärztinnen und Ärzte in einem auftrags recht lichen Verhältnis zur versi cherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben . Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Ver sicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszu standes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Haus ärzte – beziehungsweise regelmässig be han delnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E.

4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauens stellung im Zweifelsfall eher zu Guns ten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen ein zig gestützt auf die Angaben der behan delnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundes gericht 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Sodann handelt es sich bei Dr. phil. H. ___ um eine Psychologin und nicht um eine psychiatrische Fachärztin und der Hausarzt Dr. G. ___ , für den Dr. phil. H. ___ delegiert arbeitet, besitzt ebenfalls keinen psychiatri schen Facharzttitel, was den Beweiswert sein er Stellungnahme (vgl. vorste hend E.

3.8) zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten entsprechend mindert (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_736/20

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 2 8. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

ATSG erfülle. Da kein IV-relevanter Ge sundheitsschaden ausgewiesen sei, bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen. 2.2

D i e Beschwerdeführer in stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt , vier von verschiedenen Ärzten ausgefertigte Berichte würden klar und eindeutig ausführen, dass bei ihr zusätzlich zur rezidivierenden depressiven Störung auch eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung vorliege. Dass diese nicht bereits zu Beginn der aktuellen Episode erkannt und diagnostiziert worden sei, sei einzig darauf zurückzuführen, dass die gegenwärtige rezidi vierende depressive Störung zu Beginn so stark gewesen sei, dass die Persön lich keits störung nicht habe erkannt werden können (S.

6 Mitte). Es könne so mit in Übereinstimmung mit den aufgeführten Berichten festgehalten werden, dass bei ihr sehr wohl eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorliege und dass es ihr selbst bei Aufbietung allen guten Willens nicht zumutbar sei, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten (S. 6 Mitte). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwer de führerin in psychischer Hinsicht verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen

invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat. 3. 3. 1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 23. Dezember 2014 (Urk. 7/11) zuh anden der Pensionskasse als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) seit 27. August 2014. Es habe sich eine schwer depressive, völlig i n sich gekehrte Frau gezeigt . Ein affektiver Rapport sei kaum herstell bar und e in Gespräch kaum möglich gewesen.

Die Beschwerdeführerin

habe sich praktisch nicht geäussert und wenn, dann nur

leise flüsternd. Suizidali tät sei glaubhaft verneint worden . Es hätten keine Hinweise auf psychoti sches Erleben bestanden (S. 3) . Die Prognose sei offen (S. 5 oben). Es liege eine Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit vor (S. 7 f.) .

E. 09

vom 26. Januar 2010 E. 2.1). 4. 5

Insgesamt fehlt es vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit an der Grundlage für einen Entscheid. Zur Beurteilung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gut achtens, welches sich zu r de r offenen Frage , ob die Beschwerdeführerin an einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsstörung leidet und wie sich diese auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt , äussert .

Angeichts des Verzichts der Beschwerdegegnerin auf eine (externe) Begut ach tung im Rahmen des Verwaltungsverfahren rechtfertigt sich eine gericht li che Begutachtung nicht.

Die angefochtene Verfügung vom 30. Mai 2016 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Ab klärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneutem Entscheid über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zu rü c k zuweisen. 5. 5.1

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. 800.-- anzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), ausgangs gemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozial versicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person An spruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Die teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer in hat An spruch auf eine Parteientschädigung, die beim praxisgemässen Stunden an satz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Be schwer

degegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 30. Mai 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sandra Umiker - 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

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