

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00869 vom 5. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00869

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00869 du 5 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00869 del 5 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1962 geborene X.____ war vom 1. Mai 2006 bis 31. Dezember 2014 bei der Y.____ als Reinigungsfrau tätig (Urk. 11/18). Am 19. August 2014 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf eine Schmerzstörung und eine Depression (Erstmanifestation 2003, aktuell seit März 2014) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/5 und Urk. 11/17). Diese liess einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 11/4 und Urk. 11/13) und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 6. August 2015 wurde der Versicherten Kostengutsprache für berufliche Massnahmen (Belastbarkeitstraining vom 1. September bis 30. November 2014) erteilt (Urk. 11/28), und am 12. August 2015 wurden ihr Taggelder zugesprochen (Urk. 11/30). Da die Versicherte das Belastbarkeitstraining am 2. September 2015

abbrach, wurden die Kostengutsprache und der Taggeldanspruch am 10. September 2015 wieder aufgehoben (Urk. 11/32). Am 1. Dezember 2015 ordnete die IV-Stelle eine medizinische Abklärung bei der Z.____, Dr. med. A.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, an (Urk. 11/39). Das psychiatrische Gutachten wurde am 15. März 2016 erstattet (Urk. 11/44). Gestützt auf die Schlussfolgerungen des Gutachters verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/45-46) mit Verfügung vom 17. Juni 2016 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 11/50 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 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

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

). Es beruht auf einer fachärztlichen Untersuchung durch den Gutachter unter Beizug einer Dolmetscherin und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die

vorhandenen Arztberichte - insbesondere diejenigen der behandelnden Psychiaterin - sorgfältig, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und begründet.

Insbesondere begründet

der Gutachter in nachvollziehbarer Weise, weshalb er im Zeitpunkt der Begutachtung - lediglich - die ICD-10 Diagnosekriterien F41.2 (Angst und depressive Störung, gemischt) bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert) und bei akzentuierten (ängstlich, vermeidend, abhängig, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1) als erfüllt erachtet. 4.2.2

Zur Divergenz der Beurteilung von Gutachter Dr. A. ___ einerseits und von der behandelnden Psychiaterin Dr. E. ___ sowie von Psychologin G. ___ andererseits ist vorab festzuhalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 mit Hinweis). Solche ergeben sich aus den Berichten von Dr. E. ___ indessen nicht:

Dr. A. ___ ist ohne weiteres darin beizupflichten, dass Dr. E. ___ die - erstmals - in den Verlaufsberichten vom 24. September und 1. Oktober 2015 (Urk. 11/34-35) gestellten Diagnosen einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) weder *lege artis* hergeleitet (vgl. E. 1.2) noch mit objektiven psychischen Befunden untermauert hat. Dies gilt - wie Dr. A. ___ durchaus zu Recht bemerkt - mit Blick auf die familiäre Situation der Beschwerdeführerin sowie ihre Erwerbsbiographie (vgl. IK-Auszug, Urk. 11/4) insbesondere auch für die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung. Auch die im Bericht vom 13. Juli 2016 (Urk. 3) - bei seit der letzten Berichtserstattung im September/Okttober 2015 unveränderter Befundlage - neu gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45) haben Dr. E. ___ und Psychologin G. ___ nicht nachvollziehbar begründet. Es entsteht daher in der Tat der Eindruck, dass sie bei ihrer Beurteilung massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt haben, ohne diese kritisch zu hinterfragen.

Dr. A. ___ weist sodann - ebenfalls - zu Recht darauf hin, dass Dr. E. ___ und Psychologin G. ___ den möglichen negativen Einfluss nicht krankheitsbedingter (sozialer) Faktoren nicht kritisch abgegrenzt haben (Urk. 11/44/14). Dies wäre aber erforderlich gewesen, liegen doch deutliche Anhaltspunkte dafür vor, dass das psychische Beschwerdebild von

Anfang an erheblich durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitbestimmt wurde. So hielt Dr. E.____ in ihrem Bericht an den Krankentaggeldversicherer vom 12. August 2014 unter dem Titel „Anamnese“ fest: „Erste depressive Episode vor 10 Jahren nach Kündigung, daraufhin in psychiatrischer Behandlung zwei Jahre bei Dr. med. H.____ in Zürich. Mobbing-situation am aktuellen Arbeitsplatz werde berichtet.“

Zu den aktuellen Beschwerden bemerkte Dr. E.____ in diesem Bericht, die Beschwerden der Beschwerdeführerin sei aufgrund gesundheitlicher Probleme zu Beginn des Jahres ins Krankenhaus eingeliefert worden. Aus Angst vor Jobverlust sei es zum Ausbruch einer erneuten depressiven Episode mit Existenzängsten, depressiver Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Weinen, stark negativem Gedankenkreis und Schlafstörungen gekommen (Urk. 11/9/5-6). Laut dem Bericht von Dr. E.____ und Psychologin G.____ vom 13. Juli 2016 hat sodann die Kündigung durch den Arbeitgeber (vom 6. Oktober 2014, vgl. Urk. 11/18/7) zu einer erneuten Dekompensation geführt (Urk. 3 S. 1). Im Weiteren teilte Psychologin G.____ der Eingliederungsberatung der Beschwerdeführerin am 4. März 2015 mit, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich vor zwei Wochen aufgrund einer psychosozialen Belastungssituation verschlechtert (Urk. 10/33/4). Am 11. Juni 2016 berichtete sie, die Beschwerdeführerin habe eine etwas schwierige Zeit gehabt, da die Krankentaggeld-Versicherung sehr viel Druck ausgeübt habe, dass sie nun wieder teilweise arbeitsfähig sein müsse (Urk. 10/33/4). Derartige invaliditätsfremde Faktoren vermögen medizinisch zwar die Diagnose einer mittelschweren Depression zu begründen, führen aber rechtlich nicht ohne weiteres zu einer Invalidität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2013 vom 11. März 2014 E. 5.1). 4.2.3

Da gemäss der – überzeugenden - Beurteilung von Dr. A.____ die mit der Angst und depressiven Störung verbundenen objektiven Befunde im Untersuchungszeitpunkt (März 2016) lediglich gering ausgeprägt waren, ist der Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“ für diesen Zeitpunkt eine invalidisierende Wirkung abzusprechen (vgl. E. 4.1.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2014 vom 27. Februar 2014 E. 4.3). Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen - ebenfalls - 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). 4.2.4

Soweit die Beschwerdeführerin aus der Beurteilung von Dr. A.____, wonach seine Einschätzung ab Datum der aktuellen Untersuchung gelte, einen befristeten Rentenanspruch ableiten will (Urk. 7 S. 7), kann ihr nicht gefolgt werden, fehlt es nach dem Gesagten (vgl. E. 4.2.3) doch auch für die Zeit ab dem frühestmöglichen Rentenbeginn (1. März 2015, vgl. Sachverhalt Ziffer 1, Art. 28 Abs. 1 IVG sowie Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) bis zur Begutachtung im März 2016 am Nachweis einer Invalidität im Sinne einer gesundheitlich bedingten, (andauernd) erheblichen

psychischen Beeinträchtigung (vgl. E. 4.1.2). Hinzu kommt, dass laut

Dr. A.____ die wissenschaftlich anerkannten Therapiemöglichkeiten mit der bisher durchgeführten Therapie (ambulante psychotherapeutische Behandlung sowie medikamentöse Behandlung mit 20mg Cipralext und Relaxane) bei weitem nicht ausgeschöpft sind (Urk. 11/44/24-25) und sich ausserdem auch in den Berichten von Dr. E.____ und Psychologin G.____ (Urk. 11/9/5-6, Urk. 11/19, Urk. 11/34-35 und Urk. 3/3) keine konkreten Hinweise auf eine Therapieresistenz der bei der Beschwerdeführerin

bestehenden psychischen Beschwerden finden (vgl. auch die Angaben der Beschwerdeführerin selbst im Einwand vom 12. Mai 2016, Urk. 11/46). Einer allfälligen vor der Begutachtung bestehenden leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik wäre daher - auch - mangels nachgewiesener Therapieresistenz keine invalidisierende Wirkung bei zumessen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1 mit Hinweisen). 4.3

Das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Leidens ist daher – mit der Beschwerdegegnerin – zu verneinen. 5. 5.1

Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die im Bericht des D.____ vom 17. Juni 2014 gestellten Diagnosen (Urk. 11/24/9; vgl. E. 3.1) geltend machte, die Beschwerdegegnerin hätte bezüglich des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weitere Abklärungen vornehmen müssen (Urk. 7 S. 6-7), ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage wegen der am 29. März 2014 diag nos tizierten Thrombopenie krank geschrieben wurde; frühere Arztzeugnisse sind nicht aktenkundig. Dr. C.____ vom D.____ hatte in seinem Bericht vom 14. Mai 2014, wie erwähnt, erklärt, dass zwar während der geplanten, auf etwa sechs Wochen angelegten (und gemäss Aktenlage am 10. Juni 2014 be gonnenen [Urk. 11/24/9-15 und Urk. 8/3) Zweitlinientherapie mit Retuximab/

Dexamethason

mit einer verminderten Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Er bemerkte aber auch, dass er mit einer Restitutio ad integrum resp. allenfalls mit einer Stabilisierung der Thrombozytenzahl mit Dauermedikamenten (TPO-Agonisten) rechnen , wobei unter dieser Therapie dann aber eine Arbeitstätigkeit im bisherigen Umfang problemlos möglich sei (Urk. 11/9/9-10; vgl. auch Akten notiz der Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 2015 betreffend die Angabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD], wonach die Autoimmunerkrankung der Beschwerdeführerin gut behandel- und einstellbar sei [Urk. 11/25]). In den Akten finden sich keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass es im Verlauf der von Dr. C.____ postulierten (und im D.____ ab dem 10. Juni 2014 durchgeführten) Behandlung zu erheblichen (andauernden) Komplikationen gekommen sein resp. diese Behandlung nicht die erwartete Wirkung gezeitigt haben könnte. Die aktenkundigen Laborwerte wurden noch während der (ca. sechswöchigen) Behandlung mit Retuximab/Dexamethason erhoben (Urk. 11/24 /12-15), weshalb sich daraus – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 7 S. 7) - keine Rückschlüsse bezüglich des Verlaufs nach Abschluss dieser Behandlung ziehen lassen. Dr. B.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 10. November 2014, dass der Beschwerdeführerin am 11. Oktober 2014 (letzte Konsultation bei ihm) - nur - Medikamente wegen der bereits seit 10 Jahren bestehenden Hyperthyreose sowie wegen der Refluxösophagitis verabreicht würden (Urk. 11/24/1-3). Die laut Dr. C.____ nach der Behandlung mit Retuximab/Dexamethason allenfalls zu etablierende Dauermedikation mit TPO-Agonisten scheint demnach damals nicht erforderlich gewesen zu sein (Urk. 11/24/3). Daran änderten offenbar auch die von Dr. E.____ – einzig – im Bericht vom 24. September 2015 erwähnten Thrombozytenveränderungen bei Stresssituationen (Urk. 11/34) nichts, wurde doch die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage auch im Zeitpunkt der Begutachtung (März 2016) nicht mit TPO-Agonisten behandelt (Urk. 11/44/6).

Die Beschwerdeführerin ihrerseits hat weder in der Anmeldung zum Leistungsbezug (Eingang 19. August 2014, Urk. 11/5/6; vgl. Urk. 11/17/6) noch in ihrem Einwand vom 12. Mai 2016 (Urk. 11/46) auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die Thrombopenie hingewiesen. Auch hat sie der Beschwerdegegnerin selbst mit dem Einwand kein Arztzeugnis eingereicht, welches belegen

würde, dass seit dem 1. März 2015 (frühest möglicher Rentenbeginn, vgl. E. 4.2.5) eine durch dieses Leiden bedingte Arbeitsunfähigkeit bestand. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte sie ebenfalls kein solches ins Recht. 5.2

Demnach fehlen in den vorliegenden Akten hinreichende Hinweise, welche mit Blick auf den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 1.6) zusätzliche Abklärungen hinsichtlich der Thrombopenie und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erfordern würden. Ebenso verhält es sich bezüglich der weiteren somatischen Diagnosen im Bericht des D. ___ vom 17. Juni 2014, zumal darin angemerkt wurde, dass die Schilddrüsenwerte unter Behandlung normal seien und zur Zeit klinisch keine Anhaltspunkte für eine rheumatologische Grunderkrankung bestünden (Urk. 11/24/7). Eine seitherige Verschlechterung dieser Leiden wurde von der Beschwerdeführerin nicht behauptet und ist auch nicht ersichtlich. 5.3

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf weitere Abklärungen des somatischen Gesundheitszustandes verzichtet hat. 6.

Die Beschwerdegegnerin hat somit das Vorliegen eines invalidisierenden Leidens zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. 7.

7.1

Die Beschwerdeführerin stellte ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege für das vorliegende Verfahren (Urk. 1). Die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt, weshalb dem Gesuch zu entsprechen ist. Gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer ist die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung

verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist. 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Der Beschwerdeführerin ist in der Person von Rechtsanwältin Petra Oehmke eine unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen, welche aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

Da die unentgeltliche Rechtsvertreterin in dem Gericht keine Honorarnote eingereicht hat, ist die Entschädigung androhungsgemäss nach Ermessen festzusetzen (vgl. Urk. 12). Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist Rechtsanwältin Oehmke mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 18. August 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt, und es wird ihr Rechtsanwältin Petra Oehmke als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Petra Oehmke, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - 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, zuzu stellen.

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 Hurst Leicht

E. 1.6

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und das Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Da nach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhaltes zu sorgen. Insbesondere sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, sondern wird unter anderem durch die Mitwirkungspflichten der Parteien ergänzt (Art. 43 und Art. 61 lit. c ATSG; vgl. BGE 120 V 357 E. 1a). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingaben vom 18. August und 2. September 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab 1. April 2015 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2 und Urk. 7 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2016 beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was der

Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, aus medizinischer Sicht sei keine relevante anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Es bestehe somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, das Gutachten von Dr. A. ___ sei nicht verwertbar. Hingegen seien die Diagnosen, Begründungen und Schlussfolgerungen der behandelnden Psychiaterin schlüssig. Es sei eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit seit 29. März 2014 im Umfang von 100 % ausgewiesen (Urk. 7 S. 12).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob bei der Beschwerdeführerin ein Gesundheitsschaden vorliegt, der sie derart in der Erwerbsfähigkeit einschränkt, dass sie Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat, beziehungsweise, ob diese Frage gestützt auf die vorliegenden Akten beurteilt werden kann. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 29. März 2014 wegen eines Hautausschlages (blaue Flecken) ihren Hausarzt, Dr. med. B. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, aufsuchte. Dieser stellte eine Thrombozytopenie fest und wies sie gleichentags ins D. ___ ein, wo sie sich bis am 4. April 2014 stationär aufhielt (Urk. 11/24 S. 3, Urk. 11/9/ S. 7 und Urk. 11/44 S. 5). Im Bericht an den Krankentaggeldversicherer vom 14. April 2014 hielt Dr. med. C. ___, FMH Innere Medizin, Hämatologie und Medizinische Onkologie, vom D. ___ fest, auf hochdosierte Steroide hin habe sich ein partielles Ansprechen der Thrombopenie mit einem Anstieg von 6 bis 89 G/l gezeigt, anschliessend sei es zu einem spontanen Abfall gekommen. Es werde nun eine Zweitlinientherapie geplant mit Rituximab/Dexamethason. Aus hämatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin ihre Arbeit wieder aufnehmen, sobald sich die Thrombozytenzahl stabilisiert (nicht notwendigerweise normalisiert) habe. Sobald die genannte Therapie (mit Rituximab/Dexamethason) begonnen werde, sei wahrscheinlich unter dem hoch dosierten Dexamethason mit einer verminderten Arbeitsfähigkeit zu rechnen, wobei die Therapie über etwa sechs Wochen angelegt sein werde. Es sei grundsätzlich mit einer Restitutio ad integrum, allenfalls Stabilisierung der Thrombozytenzahl mit Dauermedikamenten (TPO-Agonisten), zu rechnen. Unter dieser Therapie sollte aber problemlos eine Arbeitsfähigkeit im bisherigen Umfang möglich sein (Urk. 11/

E. 3.2

Dr. B. ___ nannte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 10. November 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Autoimmunthrombopenie, (2) eine Hyperthyreose, bestehend seit 10 Jahren, unter Therapie mit Neo-Merkazole, (3) deutlich erhöhte antinukleäre Antikörper, zurzeit keine Klinik der Erkrankung, (4) eine

rezidivierende Eisenmangelanämie und (5) eine Refluxoesophagitis. In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte (Arbeitspensum von 85 %) sei die Beschwerdeführerin seit dem 29. März 2014 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/24 S. 1 und S. 2).

Auf dem „Zusatzblatt für Ergänzungen“ führte Dr. B.____ die Diagnosen depressive Störung, chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Faszitis plantaris mit Fersensporn rechts sowie ein Impingement Schulter links an. Zur Arbeitsfähigkeit bemerkte er: „Die aktuelle Arbeitsfähigkeit und die Prognose gemäss Hämatologie D.____ und bezüglich depressiven Störungen gemäss Frau Dr. E.____, F.____.“ (Urk. 11/24 S. 6).

E. 3.3

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2014 zuhanden der IV-Stelle als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine aktuell rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), aktuell bestehend seit April 2014, erste depressive Episode laut Angaben der Beschwerdeführerin vor 10 Jahren. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie ängstlich vermeidende und abhängige Persönlichkeitszüge. Sie attestierte der Beschwerdeführerin ab dem 10. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 11/19).

In ihrem Verlaufsbericht vom 24. September 2015 stellte sie die folgenden Diagnosen (Urk. 11/34): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Generalisierte Angststörung (F41.1) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Anteilen (F61.0)

In ihrem Bericht vom 1. Oktober 2015 zuhanden der IV-Stelle führte Dr. E.____ aus, im Behandlungsverlauf sei es zu einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. Im Rahmen der Wiedereingliederungsmassnahmen habe die Beschwerdeführerin erneut dekompenziert. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/35).

E. 3.4

Im psychiatrischen Gutachten vom 15. März 2016 (Urk. 11/44) stellte Dr. A.____ die folgenden Diagnosen nach ICD 10 (S. 11): - Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) - bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert; F32.4/F33.4) - bei akzentuierten (ängstlich-vermeidend, abhängig, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1)

Anlässlich der Untersuchung vom 2. März 2016 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt gewesen. Eine Verdeutlichungs tendenz sei vorhanden gewesen. In der Interaktion sei die Beschwerdeführerin unsicher und emotional expressiv gewesen. Ab und zu sei eine angstvermittelnde Mimik aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei psychomotorisch leicht unruhig gewesen und habe angespannt gewirkt. Im Affekt sei sie klagsam, jammerig und dysthym sowie verärgert, vorwurfsvoll, weinerlich und ängstlich gewesen. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) nicht zu erkennen gewesen (S. 13). Der Gutachter führte weiter aus, für die Diagnose gemäss ICD 10 F41.1 werde in den Vorakten (fast) vollständig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Entsprechende tatsächliche objektive psychopathologische Befunde in hinreichender Schwere würden nicht dokumentiert. Eine allfällige Verdeutlichungs tendenz/Aggravation werde in diesem Zusammenhang nicht erörtert. Auch werde der mögliche negative Einfluss nicht krankheitsbedingter (sozialer) Faktoren nicht

kritisch abgegrenzt. Diese Diagnose könne aktuell nicht bestätigt werden. Die von der Beschwerdeführerin genannten (subjektiven) Beschwerden und die hierzu objektivierbaren Befunde würden voll ständig mit einer Angst und depressiven Störung, gemischt (F41.2) erfasst (S. 14). Die ICD 10-Kriterien einer (eventuellen) depressiven Episode seien nicht (mehr) erfüllt. Sie würden auch in den Akten weder nachvollziehbar beschrieben noch kritisch differenziert diskutiert. Bei der Beschwerde führerin bestünden objektiv keine der Symptome gemäss ICD 10 F32/F33 in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine (allfällige andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Insbesondere die Eingangskriterien dauerhafte Hemmung der Psychomotorik und

wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit fehlten (S. 14-16).

Die nosologische Einordnung der akzentuierten Persönlichkeitszüge (Z73.1) als Persönlichkeitsstörung sowie das damit verbundene Postulat einer Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Die akzentuierten (ängstlich-vermeidend, abhängig, emotional expressiv) Persönlichkeitszüge stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besäßen. Mit einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD 10 sei hingegen eine Reihe von länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern gemeint. Sie seien Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Meist entstünden diese Zustandsbilder und Verhaltensmuster als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung. Die Persönlichkeitsstörungen seien tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Sie verkörperten gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster seien meistens stabil und bezögen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Im vorliegenden Fall lägen keine Angaben vor, die die Eingangskriterien der Definition als erfüllt annehmen liessen. Insbesondere die gute und stabile berufliche, familiäre und persönliche Lebensbewahrung zumindest bis 2014 (52. Altersjahr) - trotz schwieriger sozialer Lebensumstände, geringer Bildungsressourcen und negativer Lebenserfahrungen – widerspreche der Definition (S. 16-17).

Dr. A. kam zum Schluss, dass die Gesundheitsschädigung im Fall der Beschwerdeführerin konkret als Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) erscheine. Sie habe sich bei gemäss Akten einer depressiven Störung, die gegenwärtig remittiert sei, entwickelt. Die mit der Angst und depressiven Störung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sei vollständig durch ihre Selbsteinschätzung zu begründen (S. 17). Neben der Angst und depressiven Störung könne keine psychisch ausgewiesene erheblich schwer ausgeprägte dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden (S. 18). Beim Verlauf der Störung seien eine Verdeutlichungstendenz und nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen. Diese Faktoren beeinträchtigten die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der

objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (von 20 % und mehr bezogen auf ein Pensum von 100 %) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu begründen. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Die hierzu widersprüchlichen Einschätzungen von Dr. E.____ und lic. phil. G.____, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, seien nicht kritisch differenziert und könnten nicht bestätigt werden. Sie seien als persönliche Meinung zur Kenntnis zu nehmen. Weitere (fach-)ärztliche Beurteilungen lägen nicht vor, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden könne, ob und gegebenenfalls ab wann genau bereits vor März 2016 auf die im vorliegenden Gutachten erläuterte Einschätzung abgestellt werden könne (S. 19).

E. 3.5

In ihrem – von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten – Bericht vom 13. Juli 2016 führten Dr. E.____ und Psychologin G.____ nebst den im Verlaufsbericht vom 24. September 2015 gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.3) eine somatoforme Schmerzstörung (F45) an. Zum Verlauf bemerkten sie im Wesentlichen, die Beschwerdeführerin habe sich im Erstgespräch vom 10. April 2014 mit ausgeprägter depressiver Symptomatik und psychischer Instabilität, sozialem Rückzug, negativem Gedankenkreisen und generalisierten Ängsten und Sorgen vorgestellt. Auch aktuell zeige sich ihr Zustand als nicht stabil. Sie ziehe sich nach wie vor zurück, klage über Schmerzen, sei ständig in Angst und Sorge, könne nicht schlafen, sei nicht fähig, ihren Haushalt selbständig zu führen, habe starke Schuld- und Insuffizienzgefühle, zu nichts Lust und starke Hoffnungs- und Antriebslosigkeit. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik beurteilten sie die Prognose aktuell als ungünstig. Es werde um Überprüfung des Rentenanspruches ersucht (Urk. 3). 4. 4.1 4.1.1

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG). Daher kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und E. 3.2). 4.1.2

Der – bei erstmaliger Rentenprüfung von der versicherten Person zu erbringende (BGE 139 V 547 E. 8.1) - Nachweis einer Invalidität setzt nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermassen (BGE 139 V 547 E. 9.4). 4.2 4.2.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 15. März 2016 erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. 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).

E. 9

S. 8).

Im Bericht des D.____ an Dr. B.____ vom 17. Juni 2014 betreffend den dortigen Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 10. bis 11. Juni 2014 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 11/24 S. 9): 1) Autoimmunthrombopenie - Differentialdiagnose: primäre Immunthrombopenie (ITP), sekundäre Immunthrombopenie bei Hyperthyreose 2) Hyperthyreose - anamnestisch seit 10 Jahren - seit 10 Jahren unter Neomercazole - April 2014: Neomercazole pausiert - aktuell: unter 10mg Neomercazole täglich normale Schilddrüsenwerte 3) Deutlich erhöhte antinukleäre Antikörper - 8. April 2014: Titer 1 : 640, gesprenkeltes Muster - zurzeit klinisch keine Anhaltspunkte für rheumatologische Grunderkrankung

Die Beschwerdeführerin sei zur Überwachung nach der ersten Mabthera-Infusion stationär aufgenommen worden. Am Folgetag habe sie beschwerdefrei wieder entlassen werden können (Urk. 11/24 S. 10; vgl. auch Urk. 8/3).

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