

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01029 vom 29. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01029](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01029)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01029 du 29 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01029 del 29 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Am 21. Mai 2013 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/63). Nach Eingang zahlreicher medizini scher Berichte veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Abklärung im Y.\_\_\_\_ (Y.\_\_\_\_; Gutachten vom 22. Januar 2016, Urk. 7/154). Mit Vorbescheid vom 4. März 2016 stellte die IV-Stelle die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung in Aussicht (Urk. 7/156). Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingaben vom 19. April 2016 (Urk. 7/162) vorsorglich und am 20. Mai 2016 (Urk. 7/165) begründet Einwand. Die IV-Stelle wies am 22. Juli 2016 das Begehren um Leistungen der Invaliden versicherung ab (Urk. 2).

#### **E. 1.2.1**

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 psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen ( vgl. BGE 139 V 547 E. 5 , 131 V 49 E. 1.2 , 130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben

eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus ( vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6 ). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In je dem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit un abhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG ).

### **E. 1.2.2**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018

E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundes gerichts 8C\_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Ab stellen auf die vorhandenen

Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

### **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**

Dagegen erhob die Versicherte am 14. September 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen und zur Festsetzung einer Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ferner sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und die unentgeltliche Rechtsverbeiständung durch die Unterzeichnende zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2016 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer am 23. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Leistungsabweisung damit (Urk. 2), die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass aus somatischer Sicht keine Befunde und Diagnosen vorliegen würden, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich oder als Betriebsassistentin auswirkten. Aus psychiatrischer Sicht sei eine depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), diagnostiziert worden. Diese Diagnose sei bei der Invalidenversicherung nicht versichert. Es liege somit weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein Gesundheitsschaden vor, welcher eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit begründe. Selbst eine rezidivierende depressive Störung mit einer mittelgradigen depressiven Episode sei nur dann invalidisierend, wenn eine Therapieresistenz vorliege. Die Beschwerdeführerin gehe zwar regelmässig in psychiatrische Therapie, jedoch lägen Hinweise vor, dass das verordnete Antidepressivum

nicht regelmässig ein genommen werde; eine Therapieresistenz sei aktuell nicht ausgewiesen. Eine In validität aus psychiatrischer Sicht könne deshalb weiterhin nicht anerkannt wer den.

### **E. 2.2**

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 1 S. 4 f.), die Beschwerdegeg nerin habe es unterlassen, die Invalidität mittels Einkommensvergleichs zu ermit teln.

Die Reduktion des Arbeitspensums auf 80 % an der letzten Stelle sei krank heitsbedingt erfolgt und die Invalidität sei mit der Methode des reinen Einkom mensvergleichs zu ermitteln.

Sie leide unter einer langjährigen rezidivierenden depressiven Störung sowie ei ner posttraumatischen Belastungsstörung. Die Belastungsstörung sei insofern res sourcenmindernd, als sie nicht in der Lage sei, die depressive Störung adäquat zu überwinden.

Aufgrund des Zusammenspiels der psychischen Störungen sei sie vom Gutachter als teilweise arbeitsunfähig erachtet und es sei eine kritische Prog nose gestellt worden (S. 6). An ihrer letzten Stelle sei sie am 28. Dezember 2012 arbeitsunfähig geworden und nach der gutachterlichen Feststellung habe die Ar beitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht in angestammter und adaptier ter Tätigkeit von Ende 2012 bis Mitte 2013 50 % betragen. Danach sei es zu einer Verbesserung gekommen und es sei ihr per Mitte 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % attestiert worden. Nach Ablauf des Wartejahres und da aus rein psychiatri scher Sicht eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 40 % adaptiert und angestammt vorgelegen habe, ergebe sich aus rein psychiatrischer Sicht ein Anspruch auf eine Viertelsrente (S. 7). Betreffend die diagnostizierte obstruktive Schlafapnoe und die diesbezüglichen Einschränkungen könne nicht auf das Gut achten der Y.\_\_\_\_ abgestellt werden. Insbesondere fehle eine konkrete Ausein andersetzung mit Berichten, welche die Beschwerdeführerin aufgrund der Folgen der Schlafapnoe als kaufmännische Angestellte ab 1. Januar 2012 bis auf Weite res zu nurmehr 50 % arbeitsfähig einschätzten (S. 10). Sie leide auch seit ihrer Kindheit unter einer Einschränkung des Sehvermögens und es zeigten sich Aus fälle in der Peripherie, sodass ein selbständiges Autofahren nicht mehr möglich und sie in einer kaufmännischen Tätigkeit stark eingeschränkt sei. In einer sol chen Tätigkeit komme es zu einer schnellen Ermüdbarkeit, woraus ein erhöhter Pausenbedarf resultiere. Hinsichtlich der geltend gemachten Sehbehinderung seien von der Beschwerdegegnerin keine Abklärungen vorgenommen worden und diese seien nachzuholen (S. 10 f.).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin reichte bereits im 2006 bei der damals zuständigen IV-Stelle ein Leistungsgesuch ein (Urk. 7/4). Nachdem sie nach Gewährung von Mass nahmen beruflicher Art (Urk. 7/33) eine neue Anstellung in einem Pensum von 80 % gefunden hatte (Urk. 7/46), ermittelte die IV-Stelle einen rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 15 % und wies das Leistungsbegehren im Juni 2007 ab (Urk. 7/60). Von April 2008 bis im Mai 2013 war die Beschwerdeführerin in einer neuen Tätigkeit in einem Pensum zu 80 % angestellt, wobei das Arbeits verhältnis aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst wurde (Urk. 7/76/1-6 und Urk. 7/76/7). Hierauf meldete sie sich am 21. Mai 2013 erneut zum Leistungsbe zug an (Urk. 7/63). Aufgrund dieser Ausgangslage ist das Leistungsgesuch gleich wie eine Erstanmeldung zu behandeln (Urteil des Bundesgerichts 8C\_876/2017 vom

15. Mai 2018 E. 4.1 mit Hinweisen).

Aufgrund der Anmeldung vom 21. Mai 2013 (Urk. 7/63) fallen Rentenleistungen nach Ablauf des Wartejahrs frühestens nach sechs Monaten ab November 2013 in Betracht ( Art. 28 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 IVG; E. 1.3 hiervor), sodass für

die vorliegende Streitsache die attestierten Arbeitsfähigkeiten in den medizinischen Berichten vor November 2012 ohne Relevanz sind.

Die seither auf gelegten Arztberichte wurden im Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2016 (Urk. 7/154/8-17) zusammengefasst, weshalb sie vorliegend nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen jedoch darauf Bezug genommen. 3. 3.1

Im Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2016 (Urk. 7/154 S. 1-51), welches durch Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt wurde, hielten die Experten die folgenden Diagnosen fest (S. 18 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode ( ICD-10 F33.0) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 2. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) 3. Adipositas Grad II (BMI 36.2 kg/m<sup>2</sup>) 4. Chronische Gastritis (Erstdiagnose 2008), Zustand nach HP-Eradikation 5. Kongenitaler Strabismus beidseits 6. Zustand nach Cholezystektomie 1996 7. Zustand nach Uterus-Exstirpation 1996

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt damit, wie sich das Leistungsvermögen seit der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 21. Mai 2013 im zeitlichen Verlauf entwickelt hat; die Gutachter wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich Ende 2012 eine mittelgradige depressive Episode entwickelt habe und Anfang 2013 ein massiver Arbeitsplatzkonflikt einschliesslich juristische Auseinandersetzungen hinzugekommen sei. Ab wann eine Besserung (im Anschluss an den letzten Bericht des E.\_\_\_\_ vom April 2015) eingetreten sei, können sie nicht mit ausreichender Sicherheit festlegen (Urk. 7/154/21 f.) .

Die behandelnde Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, bescheinigte der Beschwerdeführerin aufgrund einer mittelschweren Depression mit heftigster psychosomatischer Reaktion bei Arbeitsplatzproblematik seit 28. Dezember 2012 Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 7/79/3).

Im Formularbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 23. August 2013 (Urk. 7/88) hielten die Ärzte des E.\_\_\_\_ eine erstmalige Vorstellung der Beschwerdeführerin am 11. März 2013 und eine ambulante Behandlung seit 22. April 2013 fest. Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und attestierten bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit 100 %. Im Formularbericht vom 7. April 2014 (Urk. 7/99) führten sie

neben der bisherigen Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom und eine psychophysiologische Insomnie auf. Aus der Verbindung der verschiedenen Störungen (insbesondere Depression und Schlafapnoesyndrom) sei eine gegenseitige Verstärkung wahrscheinlich. Es wurde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2014 (Urk. 7/125/4 f.) zu Händen der Krankentaggeldversicherung hielten die Ärzte die Diagnose einer Angst- und depressiven Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) fest und bestätigten weiterhin die 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

In einem weiteren

Formularbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin berichteten die Ärzte der I.\_\_\_\_ am 24. April 2015 (Urk. 7/135) über eine ressourcenorientierte verhaltenstherapeutische Behandlung seit 7. Januar 2015 in zweiwöchentlichen Abständen; sie erläuterten zur Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der schweren Depressionen mit Rückzugsverhalten sowie immer wieder auftretenden Todessehnsüchten in Form von Ruhewünschen sei die Belastbarkeit der Patientin sehr eingeschränkt und sie sei zurzeit zu 100 % arbeitsunfähig.

Der begutachtende Psychiater, Dr. med. C.\_\_\_\_, wies nach seiner Untersuchung vom 23. November 2015 betreffend den psychiatrischen Verlauf einerseits darauf hin, dass ab Ende 2012 aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode die Arbeitsunfähigkeit medizinisch-theoretisch 50 % betragen und andererseits noch ein massiver Arbeitsplatzkonflikt einschliesslich juristischer Auseinandersetzung bestanden habe, weshalb nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdeführerin nicht an ihren Arbeitsplatz habe zurückkehren können und ihr bis Ende des Beschäftigungsverhältnisses eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden sei. Bei schwankendem Verlauf hinsichtlich der depressiven Symptomatik dürfte die Arbeitsfähigkeit zwischen 30 und 50 % gelegen haben (Urk. 7/154/45), was in die bidisziplinäre Gesamtbeurteilung übernommen wurde (Urk. 7/154/21 f.).

## **E. 6.2**

Im Verlauf rechtfertigt es sich damit, das Wartejahr im Dezember 2012 zu eröffnen, weshalb nach der Anmeldung am 21. Mai 2013 ein Anspruch auf Rentenleistungen frühestens ab Dezember 2013 in Betracht fällt (Art. 29 Abs. 1 IVG, vgl. E. 2.3 hiavor).

Dem Y.\_\_\_\_-Gutachten ist zu entnehmen, dass von somatischer Seite unverändert eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit im gesamten fraglichen Zeitraum seit Dezember 2013 gilt. Diese Einschätzung wird durch die behandelnde Dr. H.\_\_\_\_ - die seit 28. Dezember 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestierte (Urk. 7/79/3) - nicht entkräftet, da sie neben den somatischen auch die psychischen Beeinträchtigungen mitberücksichtigte, obwohl diese nicht in ihren Fachbereich fallen.

In psychiatrischer Hinsicht wurden zwar unterschiedliche Arbeitsunfähigkeiten bescheinigt. Allerdings haben sich die psychischen Verhältnisse im Verlauf nicht derart verändert, dass die Frage der invalidisierenden Wirkung des Gesundheitsschadens (vorstehende E. 5.1) im Zeitablauf unterschiedlich zu beurteilen wäre. Insbesondere ist nicht belegt, dass eine vorübergehende Verschlechterung angehalten hätte. Unter Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage hielten die Gutachter denn auch fest, dass der Zeitpunkt einer

gesundheitlichen Änderung (Besserung) nicht mit ausreichender Sicherheit festgelegt werden könne (Urk. 7/154/21 f.). Wenn sich im Verlauf auch die Diagnosen und die attestierten Arbeitsunfähigkeiten verändert haben, ist aufgrund der dargelegten Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich in psychiatrischer Hinsicht wesentliche gesundheitliche Veränderungen gezeigt hätten. Die Y.\_\_\_\_-Gutachter bescheinigten zwar ab Mitte 2013 eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 30 und 50 % und hernach eine solche von nurmehr 30 % (vorstehend E. 3.3). Da sich die Beschwerdeführerin indes die grösstmögliche Arbeitsfähigkeit anrechnen lassen muss, ergibt sich daraus aus medizinischer Sicht über den ganzen Zeitraum eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 70 %. In Bezug auf die massgeblichen Indikatoren sind im Verlauf keine Veränderungen ersichtlich und auch nicht geltend gemacht, so dass für die gesamte vorliegend zu beurteilende Periode ab Dezember 2013 keine rentenbegründende Invalidität belegt ist, auch wenn die Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen zeitweise bis 50 % betragen haben sollte.

### **E. 6.3**

Mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens

hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht verneint. Damit erübrigt sich auch die Ermittlung des Invaliditätsgrades aufgrund eines Einkommensvergleichs (zum diesbezüglichen Vorbringen vgl. Urk. 1 S. 4). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.  
7. 7.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses ausgeschöpft hat.  
7.2

Die Beschwerdeführerin trifft im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege eine umfassende Mitwirkungsobliegenheit (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 4A\_264/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2 und 4A\_403/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.2). An die klare und gründliche Darstellung der finanziellen Situation durch die gesuchstellende Person dürfen umso höhere Anforderungen gestellt werden, je komplexer die Verhältnisse sind (BGE 120 Ia 179)

E. 3a). Das Gericht hat weder den Sachverhalt von sich aus nach jeder Richtung hin abzuklären, noch unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 4A\_114/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.3.1). Schliesslich steht es dem Gericht frei, für die Abklärung der finanziellen Voraussetzungen einen Fragebogen einzuverlangen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_606/2013 vom 7. März 2014 E. 2.1.3).  
7.3

Mit Verfügung vom 24. Oktober 2016 (Urk. 8) wurde die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin aufgefordert, das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit vollständig auszufüllen und dieses dem Gericht unter Beilage sämtlicher Belege zur finanziellen Situation einzureichen. Damit verbunden war die Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder fehlenden respektive ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation davon ausgegangen wird, dass keine prozessuale Bedürftigkeit

besteht.

Am 21. November 2016 übermittelte die Beschwerdeführer in d as ausgefüllte Formular (Urk. 11 ). Darin vermerkte sie, sie lebe mit ihrem Konkubinatspartner im gleichen Haushalt, welche r

als Selbständigerwerbender mit Einzelfirma ein monatliches Einkommen von Fr. 0.-- bis Fr. 500.-- erziele. Sie selber verfüge über keine monatlichen Einkünfte. Demgegenüber machte sie folgende monatlichen Ausgaben geltend: Miete inklusive Nebenkosten Fr. 690.-- (Hälfte von Fr. 1'380.--, vgl. Urk. 12/3); Krankenkassenprämie Fr. 331.90 ; ungedeckte Gesundheitskosten Fr. 300.--; Sozialversicherungsbeiträge Fr. 501.40 ; insgesamt Fr. 1'523.30. Das Vermögen betrage

Fr. 12.97.

Nebst dem ausgefüllten Formular reichte die Beschwerdeführer in

unter anderem den Mietvertrag (4½-Zimmerwohnung, Urk. 12/3), eine Prämienmitteilung der Krankenkasse über die monatliche Nettoprämie KVG von Fr. 331.90 (Urk. 12/5) , eine Mitteilung über die Prämienverbilligung für das Jahr 2015 von Fr. 1'728.-- (Urk. 12/8), Bescheinigungen über drei zinslose Darlehen von insgesamt Fr. 11'900.-- (Urk. 12/9 bis 12/11), eine Schlussrechnung für die Staats- und Gemeindesteuer 2015 (Urk. 12/14), eine provisorische Rechnung

für die Staats- und Gemeindesteuer 2016 (Urk. 12/15), einen Auszug (Bankkonto) über einen Saldo per 2. November 2016 von

Fr. 5.12 (Urk. 12/21 ) sowie einen Beleg über den Verkauf von Goldschmuck und einer Münzensammlung im Betrag von Fr. 1'000.-- ein (Urk. 12/23).

Damit wird zwar dargetan, dass die Beschwerdeführerin und ihr Konkubinatspartner nur sporadisch und maximal über monatliche Einkünfte von Fr. 500.--

verfügten. Diesen Einnahmen stehen aber bereits für Wohnungs-, Werkstattmiete und Krankenkassenprämie Ausgaben gegenüber, die diese Einnahmen um ein Vielfaches überschreiten. Letztlich bleibt gänzlich unklar , wie die Beschwerdeführerin und ihr Konkubinatspartner den Lebensunterhalt bestreiten , obwohl sie keine Sozialhilfe beziehen (Urk. 11 S. 2). Entgegen ihrer Mitwirkungspflicht unterliess die Beschwerdeführerin diesbezügliche Erläuterungen . In diesem Zusammenhang wurde insbesondere auch die letzte von der Beschwerdeführerin unterschriebene Steuererklärung nicht eingereicht, worauf im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ausdrücklich hingewiesen wurde und woraus sich regelmässig weitere Erkenntnisse ergeben (Urk. 11 S. 6 Ziff. 12). Dies wäre umso gebotener gewesen, als den Akten zu entnehmen ist, dass die Beschwerdeführerin über weitere Vermögenwerte verfügt (auflösbare Lebensversicherung), weshalb sie keine Unterstützung vom Sozialamt erhält (vgl. Urk. 7/128, Urk. 7/137). Aufgrund der eingereichten Unterlagen kann damit nicht rechtsgenügend auf Bedürftigkeit geschlossen werden .

Zusammengefasst hat die Beschwerdeführer in in Missachtung ihrer Mitwirkungsobliegenheiten die massgebenden finanziellen Verhältnisse nicht hinreichend belegt. Bei dieser Sachlage ist – wie mit Verfügung vom 24. Oktober 2016 (Urk. 8 ) angedroht – ohne weiteres davon auszugehen, dass keine prozessuale Bedürftigkeit besteht. Unter diesen Umständen kann dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mangels

hinreichender Substantiierung der Bedürftigkeit nicht stattgegeben werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_173/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5). 8.

Die Kosten des Verfahrens ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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  
Der Gerichtsschreiber  
Gräub Nef

## **E. 8**

Leichtes cervicospondylogenes Syndrom rechts

## **E. 9**

Muskuläre Dekonditionierung 3.2 3.2.1

Der internistische Teilgutachter hielt aufgrund seiner Untersuchung vom 28. Oktober 2015 fest (S. 45 ff.), als Hauptproblem beklage die Beschwerdeführerin psychische Probleme. Sie habe keine Energie und Kraft mehr, leide unter Schlafstörungen bei schlechten Träumen und auch das Interesse an früheren Freizeitaktivitäten habe nachgelassen. In ihrer früheren Ehe habe sie Gewalterlebnisse gehabt und auch aufgrund der Augenprobleme, die seit dem Kindesalter bestünden, sei sie psychisch am Ende. Des Weiteren gebe sie Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und des Kopfes sowie der Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung ins rechte Bein an. Die rechte Schulter sei schmerzhaft in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und zeitweise bestünden auch Oberbauchbeschwerden mit Übelkeit sowie Schmerzen und eitriges Sekret-Absonderung aus der Nase bei chronischer Nebenhöhlenentzündung.

Auf internistischem Gebiet sei in den Akten von 2013 bis 2015 mehrmals eine arterielle Hypertonie erwähnt, für die sich sowohl in der Untersuchung wie auch in der kürzeren Vergangenheit keine Hinweise finden liessen und in den vorliegenden Berichten auch keine Blutdruckwerte aufgeführt seien. Ebenso sei die Bezeichnung in den Akten für ein metabolisches Syndrom nicht richtig, da neben der fehlenden Hypertonie auch keine Diabetes-Stoffwechsellage vorliege. Auf internistischem Gebiet sei allenfalls eine chronische Gastritis auffällig, die aber unter Pantoprazol -Therapie aktuell nur sehr geringe Symptome verursache. Auf Grund der Adipositas Grad II sei eine körperlich schwere Arbeit nicht zuzumuten. Für die bisherige Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht bei 100 % (S. 51). 3.2.2

Der rheumatologische Experte berichtete aufgrund der Untersuchung vom 12. November 2015 (Urk. 7/154/54 f.), die Beschwerdeführerin gebe Schmerzen im Nacken und in den Schultern und Einschlafen in den Armen und auch Schmerzen in den Hüften an. Die Schmerzen verursachten einen belastenden Tag, und sie könne nur noch leichte Hausarbeiten machen. In den Zug einsteigen sei manchmal schwierig. Sie laufe aber jeden Tag lange draussen und sei dann an der frischen Luft. Das tue ihr gut. Sie habe so auch den Blutdruck herunterholen können. Die Schmerzen verursachten eine Unruhe, gleichzeitig verspüre sie eine enorme Müdigkeit, die Konzentrationsschwächen ausmachten (S. 55).

Zum Tagesablauf gebe sie an, sie sei geschieden und lebe mit ihrem Partner, der Oldtimer restauriere, in einer 3-Zimmer Mietwohnung. Sie schaue, dass sie einen strukturierten Tag habe, und versuche jeden Tag sinnvoll zu gestalten. Um sieben Uhr stehe sie auf, besorge die Toilette und bereite das Frühstück zu. Anschliessend wasche sie ab und dann gehe sie nach draussen an die frische Luft und laufe etwas. Danach müsse sie abliegen. Später bereite sie das Mittagessen vor und lege sich nach dem Essen hin. Sie könne dann aber nicht schlafen, weil sie ins Grübeln komme. Am Nachmittag gehe sie wieder laufen, besorge Blumen oder Zimmerpflanzen. Einmal wöchentlich gehe sie zum Tischleindeckdich, wo man verbilligte Nahrungsmittel erhalte. Sie gehe auch an den Flohmarkt, um unter Leuten zu sein. Sie habe eine grosse Familie, die sie besuche und von der sie besucht werde. Manchmal gehe sie auch mit der Nachbarin und ihrem Hund spazieren. Etwa um zehn Uhr abends gehe sie zu Bett (S. 55).

Im rheumatologischen Status zeige sich ein leichtes cervicospondylogenes Syndrom rechts mit einer Trapeziustendomyose und einem schmerzhaften AC-Gelenk rechts bei leicht eingeschränkter Rotation der Halswirbelsäule (HWS) nach rechts. Ein radikuläres Reiz- oder Ausfallssyndrom sei nicht nachweisbar. Die Hohlrund rückenkonfiguration entspreche auch dem Bild der muskulären Insuffizienz und zusammen mit der Adipositas sei damit die Schwerfälligkeit beim Einbeistand oder beim Aufrichten aus der Hocke begründet. Die objektivierbaren muskuloskelettalen Befunde seien für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit nicht limitierend und in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Versicherungsexpertin und als Betriebsassistentin in einer Firma für Hörgeräte betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (S. 57). 3.2.3

Der Pneumologe stellte aufgrund seiner Untersuchung vom 23. November 2015 (Urk. 7/154/59 f.) einen normalen pulmonalen Befund fest. Die Beschwerdeführerin habe während der ganzen Untersuchung keinen Husten gehabt, die Sauerstoffsättigung habe 97 % betragen, der Puls sei bei 84 gelegen und regelmässig gewesen, Lunge und Bronchien seien gesund und der in den Akten mehrfach erwähnte chronische Husten respektive das „Upper Airway

Cough Syndrome" sei derzeit klinisch und vor allem auch für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit irrelevant. Der Experte hielt fest, in der D. \_\_\_ sei eine obstruktive Schlafapnoe, REM-Schlaf assoziiert, nachgewiesen worden und eine dort etablierte CPAP-Therapie sei zumindest von der Compliance her erfolgreich gewesen. Die persistierende Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit lasse sich nicht (mehr) auf die Schlafapnoe zurückführen und habe andere Gründe. Aus isoliert pneumologischer und auch schlafmedizinischer Optik sei die Beschwerdeführerin für alle körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten voll arbeitsfähig. Dies gelte insbesondere auch für die früheren Tätigkeiten als Sekretärin, Sachbearbeiterin und Verkäuferin. Vorsicht wäre bei Tätigkeiten geboten, wo eine erhöhte kognitive Leistung und absolute Wachheit gefordert seien, zum Beispiel als Berufsschauffeur oder Kontrolle von komplexen Arbeitsabläufen/Steuerungen etc (S. 62).

Aufgrund der am 23. November 2015 erfolgten psychiatrischen Untersuchung hielt der Experte fest (Urk. 7/154/33-46), die Beschwerdeführerin äussere, sie habe „überall“ Schmerzen. Sie leide an Kopfschmerzen, Schmerzen im Schulter-Nackengebiet, in den Armen und Händen, am Rücken, in den Beinen bis in die Füße. Sie leide zudem an Gleichgewichtsstörungen und es bestehe eine Schlafapnoe, die seit April 2015 mittels CPAP-Maske behandelt werde. In körperlicher Hinsicht leide sie zudem an chronischer Vereiterung im Bereich der Nasennebenhöhlen und sie habe häufig Hals- und Ohrenweh. Sie habe Sehstörungen, ein eingeschränktes Blickfeld und fahre deswegen auch schon seit längerem nicht mehr Auto. In psychischer Hinsicht habe sie resigniert, sei „des Lebens müde“, wobei sie aber Suizidgedanken eindeutig verneine (S. 34).

Den Tagesablauf schildere sie folgendermassen: gegen 7.00 Uhr stehe sie auf, bereite das Frühstück vor, trinke aber nur Kaffee, ihr Partner esse etwas. Danach gehe sie ins Bad, kleide sich an, mache anschliessend einen Spaziergang, wobei die Dauer vom Wetter abhängt; bei schlechtem Wetter gehe sie eine halbe Stunde spazieren, bei gutem Wetter auch deutlich länger, bis zu zwei Stunden. Nach dem Spaziergang lege sie sich auf die Couch, schlafe auch ein. Danach bereite sie das Mittagessen zu, das sie ca. um 12.00 Uhr mit ihrem Partner einnehme. Anschliessend mache sie einen Mittagsschlaf von einer bis eineinhalb Stunden. Danach gehe sie wieder hinaus, unternahme einen Spaziergang. Wenn sie zurückkomme, mache sie etwas im Haushalt, wobei sie nur körperlich leichte Arbeiten verrichte und ihr der Partner wegen der Beschwerden im Schulter-/Nackengebiet vieles abnehme. Das Staubsaugen, das Ausräumen des Geschirrspülers und das Versorgen des Geschirrs wie auch das Auf- und Abhängen der Wäsche übernehme der Partner. Gegen 19.00 bis 19.30 Uhr nehme sie das Nachtessen ein, schaue dann in der Regel mit dem Partner die Tagesschau und gehe gegen 22.00 Uhr zu Bett. Sie habe eine gute Kollegin, mit der sie sich häufig treffe, und sie besuche auch regelmässig ihre Schwester, die etwas weiter entfernt wohne. Im Sommer suche sie mit der Kollegin regelmässig Flohmärkte auf. Ihre Kollegin und sie würden verschiedene Waren verkaufen, so könne sie sich ein paar Franken verdienen. Sie habe den Führerausweis, fahre aber schon seit längerem wegen ihrer Sehstörung nicht mehr Auto und benutze die öffentlichen Verkehrsmittel (S. 34 f.).

Zum psychiatrischen Befund hielt der Experte fest (S. 38), die Auffassung der Beschwerdeführerin sei nicht erschwert, die Konzentration zeige sich in der Untersuchungssituation nicht beeinträchtigt und sie habe ohne Einschränkung am Untersuchungsgespräch teilnehmen, auf Zwischenfragen zügig antworten und auch komplexere und umfangreichere Themen stringent darstellen können und dabei den

Gesprächsfaden nie verloren. Hinweise für intellektuelle Defizite hätten sich keine ergeben und die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert. Sie sei bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten (autopersonell, situativ, zeitlich, örtlich) vollständig orientiert und sie spreche mit gut modulierter Stimme, in adäquater Geschwindigkeit. Der formale Gedankengang sei geordnet und es zeigten sich in der Untersuchungssituation keine Wahngedanken, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen, und anamnestisch hätten sich auch keine Hinweise für diesbezügliche psychopathologische Auffälligkeiten ergeben. Das Langzeitgedächtnis habe im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt gewirkt. Die Beschwerdeführerin berichte anamnestisch, dass durch die Schlafapnoe das Kurzzeitgedächtnis angegriffen sei, wobei sie vermutlich meine, dass bei zeitweiliger Tagesmüdigkeit die Fähigkeit, neue Informationen aufzunehmen und sich zu merken, beeinträchtigt sei, was auch durchaus plausibel erscheine. Hinweise für eine gravierende, alltagsrelevante Merkfähigkeitsschwäche hätten sich aber weder anamnestisch, noch aufgrund der Beobachtungen in der Untersuchungssituation ergeben. Sie berichte über Alpträume im Zusammenhang mit verschiedenen gewalttätigen Übergriffen, insbesondere zwei Vergewaltigungsversuche durch Fremde (im Alter von 16 Jahren) und Gewalt einschliesslich Vergewaltigungen, die sie in ihrer Ehe (vom 19. Lebensjahr bis Mitte 20) erlebt habe. Es handle sich offenbar sichtlich um (nächtliche) sich aufdrängende Erinnerungen an die genannten Ereignisse im Sinne einer posttraumatischen Symptomatik. Der Willen und der Antrieb zeigten sich unter Berücksichtigung von Psychomotorik und Gesprächsaktivität in der Untersuchungssituation nicht beeinträchtigt. Anamnestisch ergebe sich unter Berücksichtigung des mitgeteilten Tagesablaufs sowie der Freizeitinteressen und -aktivitäten, eine leichte Antriebsminderung im Sinne erhöhter Ermüdbarkeit. Es zeige sich eine dysphorisch-bedrückte Grundstimmung und die Beschwerdeführerin wirke durch eine schwierige Biographie sowie aktuelle soziale und finanzielle Probleme deutlich belastet, teilweise fast verbittert. Bei Wechsel des Themas, weg von der Biographie und aktuellen Schwierigkeiten, erscheine sie aber auch schnell aufgeheitert, lache und mache auch kleinere Scherze. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Es zeige sich eine leichte Affektlabilität, aber keine Affektinkontinenz, keine Interesselosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug, keine Anhedonie und es seien auch keine Zwänge und Phobien und keine Zwangssymptome vorhanden (S. 39).

Es wurde darauf hingewiesen, dass die zusätzlichen Laboruntersuchungen einen sehr niedrigen Escitalopram-Spiegel ergeben hätten, was darauf hindeute, dass die Beschwerdeführerin dieses Medikament gar nicht oder zumindest sehr unregelmässig einnehme. Der Experte diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0, S. 39), und bemerkte zur Arbeitsfähigkeit, aufgrund der depressiven Symptomatik und der zusätzlich bestehenden, ressourcenmindernden posttraumatischen Belastungsstörung bestünden relevante Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit. Dadurch ergebe sich eine quantitative Verminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsassistentin als auch in adaptierten Tätigkeiten von 30 %, das heisse die Arbeitsfähigkeit betrage in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit 70 % (S. 43). 3.3

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit fest (S. 20 f.), diese sei unter Berücksichtigung sämtlicher Fachgebiete quantitativ rein aus psychiatrischer

Sicht eingeschränkt und betrage sowohl in der bisherigen, als auch in einer adaptierten Tätigkeit 70 %.

Retrospektiv ergebe sich, dass für die Zeit nach der Verfügung vom 9. Juni 2007 die Arbeitsfähigkeit nur aus psychiatrischen Gründen eingeschränkt gewesen sei und sich ab Ende 2012 eine mit teilsgradiger depressive Episode entwickelt habe. Aus medizinisch-theoretischer Sicht habe die Arbeitsfähigkeit damals 50 % betragen. Da ab Ende 2012 und Anfang 2013 noch ein massiver Arbeitsplatzkonflikt einschliesslich juristischen Auseinandersetzungen bestanden habe, sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin damals nicht an ihren Arbeitsplatz zurückkehren konnte, wes halb ihr bis Ende des Beschäftigungsverhältnisses, bis Mitte 2013, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden sei. Bei schwankendem Verlauf hinsichtlich der depressiven Symptomatik dürfte rein medizinisch-theoretisch die Arbeitsunfähigkeit ab Mitte 2013 zwischen 30 und 50 % gelegen haben. Aktuell liegt sie bei 30 %. Ab wann eine Besserung (im Anschluss an den letzten Bericht des E.\_\_\_\_ vom April 2015) eingetreten sei, könne mit ausreichender Sicherheit nicht näher festgelegt werden. Dies gelte auch für eine adaptierte Tätigkeit. 4.

#### 4.1

Das umfangreiche Gutachten der Y.\_\_\_\_ erfüllt die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag in formaler Hinsicht zu überzeugen 4.2

Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht anbelangt, ist mit Blick auf die Untersuchungsbefunde nachvollziehbar, dass die Experten keine Diagnosen aufführten, welche die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Sekretärin, Sachbearbeiterin und Verkäuferin von somatischer Seite her beeinträchtigen (vgl. Urk. 7/154/19 f.). Insoweit die Beschwerdeführerin geltend machte, die Folgen einer Schlafapnoe und einer Sehbehinderung, die sie hindere, einer kaufmännischen Tätigkeit nachzugehen, seien nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 10), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn einerseits ergibt sich aus dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2014 (vgl. Urk. 7/154/89), dass selbst die behandelnden Ärzte eine kompensierte, REM-assozierte obstruktive Schlafapnoe unter entsprechender Behandlung mit nächtlicher Ventilationstherapie mit CPAP festhielten und ausführten, dass subjektiv eine deutlich verbesserte Schlafsituation sowohl in Bezug auf die Schlafqualität als auch im Hinblick auf die Tagesmüdigkeit eingetreten sei. Der

pneumologische Experte begründete vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, dass die weiterhin angegebene persistierende Tagesmüdigkeit und –Schläfrigkeit bei normalen pulmonalen Befund und unter Verweis auf die Berichte des D.\_\_\_\_ nicht (mehr) auf die Schlafapnoe zurückführen sei und andere Gründe haben müsse (vgl. E. 3.2.3).

Daran vermag auch der spätere Bericht des D.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015 (Urk. 7/131) nichts zu ändern, wird doch darin rückwirkend ab Januar 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, was bereits deshalb nicht plausibel ist, weil die Beschwerdeführerin bis Ende 2012 ohne wesentlichen krankheitsbedingten Absenzen an ihrer letzten Anstellung tätig war (Urk. 7/79/4).

Zur geltend gemachten Sehbehinderung sodann ist den Akten zu entnehmen, dass im zur medizinischen Abklärung in der Y. \_\_\_ mitgebrachten «Ärztlichen At test» des F. \_\_\_ vom 22. Juni 2015 (Urk. 7/154/67) eine Esotropie links, eine Anisokorie und beim Gesichtsfeld periphere Ausfälle aufgeführt wurden und ein selbständiges Autofahren vor diesem Hintergrund als nicht mehr möglich erachtet wurde. Weitergehenden Einschränkungen wurden hingegen nicht angegeben. Die Ausführungen im Gutachten, wonach Vorsicht bei Tätigkeiten geboten sei, die eine erhöhte kognitive Leistung und absolute Wachheit erfordern

(zum Beispiel Berufschaffeur, Kontrolle von komplexen Arbeitsabläufen/Steuerungen), stehen damit im Einklang und es ist kein Widerspruch darin zu erkennen, dass aufgrund dieser somatischen Gegebenheiten für die früheren Tätigkeiten als Sekretärin, Sachbearbeiterin und Verkäuferin keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde. Die von den Gutachtern aus somatischer Sicht in bisheriger und angepasster Tätigkeit attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit, ist damit nicht anzuzweifeln. 5.

### 5.1

Damit fassen die postulierten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit ausschliesslich auf der psychischen Symptomatik. Angesichts der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und einer posttraumatischen Belastungsstörung, der die Begutachter jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimessen, und in Anbetracht dessen, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.), ist die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand des in BGE 141 V 281 aufgestellten Katalogs von Indikatoren vorzunehmen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1). Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4, zum Ganzen vgl. auch E. 1.2 hiervor). 5.1.1

Hinsichtlich des Komplexes Gesundheitsschädigung ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund von gewalttätigen Übergriffen im Alter von 16 Jahren und während der ersten Ehe vom 19. bis zum 25. Lebensjahr die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vorliegt. Der psychiatrische Gutachter hat diesbezüglich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung nichts über diese Problematik berichtet und die Symptomatik erst auf Nachfrage geschildert habe. Sodann wurde darauf hingewiesen, dass trotz der bereits langjährig bestehenden Symptomatik eine gute berufliche Stabilität und Leistungsfähigkeit erreicht werden können. Eine besonders schwere Ausprägung der Störung wird damit von den befassten Ärzten nicht beschrieben, was im Einklang mit der zwischen 2008 und Ende 2012 ausgeübten Erwerbstätigkeit steht, der im Wesentlichen uneingeschränkt nachgegangen werden konnte. Der diagnostizierten PTBS fehlt es daher von vornherein an der erforderlichen Schwere, was auch der gutachterlichen Einschätzung entspricht, wonach der PTBS kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Hinzu kommt ein langjähriges depressives Geschehen, welches sich im Zusammenhang mit einer Arbeitsplatzproblematik im Jahr 2004/2005 und mit einer Arbeitskonfliktsituation per Ende 2012 entwickelt hat;

damit stehen invaliditätsfremde Faktoren im Vordergrund des Krankheitsbildes, das zur Arbeitsunfähigkeit führte (vgl. Urk. 7/154/35). Aus somatischer Sicht besteht sodann nach dem hiervor gesagten (E. 4) in bisheriger und angepasster Tätigkeit keine Einschränkung, so dass es an einer (schweren) Ausprägung des Gesundheitsschadens im Sinne des entsprechenden Indikators mangelt.

Zum Indikator „Behandlungserfolg und -resistenz“ ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2005 mit Unterbrüchen in ambulanter psychiatrischer Behandlung steht, aber nie eine Behandlung mit teil- oder stationärem Aufenthalt wahrgenommen und einen solchen Vorschlag mit der Begründung abgelehnt hat, dass sie eine gute Tagesstruktur habe. Den Angaben im Gutachten folgend nimmt sie aktuell eine ambulante psychiatrische Behandlung im G.\_\_\_\_ wahr, etwa alle zwei Wochen (vgl. Urk. 7/154/35). Die Blutuntersuchungen zeigten einen sehr niedrigen Escitalopram-Spiegel, was darauf hinweist, dass das verordnete Antidepressivum Cipralex nicht oder nicht regelmässig eingenommen wird (Urk. 7/154/39), weshalb nicht von einem therapieresistenten Leiden zu sprechen ist.

Die Beschwerdeführerin leidet zwar in somatischer Hinsicht an verschiedenen Begleiterkrankungen (vorstehend E. 3.1), die sie jedoch - wie gesagt - weder aktuell noch im früheren Erwerbsleben beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die ophthalmologische Störung, an welcher sie seit Kindheit leidet, die aber ihre Leistungsfähigkeit nicht negativ beeinflusst. Daran ändert nichts, dass sie deswegen nicht Autofahren kann, da sie darauf in ihrer Tätigkeit im kaufmännischen Bereich nicht angewiesen ist. Damit sind keine massgeblichen Komorbiditäten ersichtlich. 5.1.2

Die Ressourcen der Beschwerdeführerin liegen gemäss Untersuchungsbefunden weitgehend im Normbereich respektive zeigten keine Auffälligkeiten, wurden doch ein altersentsprechender gepflegter Eindruck und ein situationsadäquates Verhalten der mit öffentlichen Verkehrsmitteln angereisten Beschwerdeführerin beschrieben (Urk. 7/154/37 f). Deren Auffassung zeigte sich nicht erschwert und die Konzentration und die Teilnahme am Untersuchungsgespräch waren nicht beeinträchtigt. Sodann wurden die Fragen zügig beantwortet und auch komplexe und umfangreichere Themen stringent dargestellt, ohne dass dabei der Gesprächsfaden verloren ging. Intellektuelle

Defizite zeigten sich keine und die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) waren angemessen differenziert; die Beschwerdeführerin wurde als bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten vollständig orientiert mit geordnetem formalem Gedankengang ohne Anzeichen für Wahngedanken, Halluzinationen, illusionären Verkennungen

beschrieben (vgl. Urk. 7/154/38 f.). Es ist somit davon auszugehen, dass die Persönlichkeit die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht einschränkt. 5.1.3

Bezüglich der Kategorie Konsistenz fällt auf, dass sich die Beschwerdeführerin selber weder körperlich noch geistig in der Lage sieht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 7/64). Sie verfügt aber über einen gut strukturierten und geordneten Tagesablauf. So schilderte sie, dass sie gegen 7.00 Uhr aufstehe, das Frühstück vorbereite, zusammen mit ihrem Partner esse, nach der Morgentoilette einen Spaziergang unternehme, wobei dieser je nach Wetter bis zu zwei Stunden dauere, um 12.00 Uhr das Mittagessen zusammen mit ihrem Partner einnehme und nach einem weiteren Spaziergang am Nachmittag leichte Arbeiten im Haushalt verrichte, zwischen 19.00

und 19.30 Uhr das Abendessen einnehme und nach der Tagesschau gegen 22.00 Uhr zu Bett gehe. Häufig treffe

sie eine Kollegin, mit der sie regelmässig Flohmärkte besuche und auch Waren verkaufe, und regelmässig treffe sie auch ihre Schwester (vorstehend E. 3.2.4).

Damit zeigen die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Aktivitäten keine besonderen Auffälligkeiten. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen kann nicht als erstellt angesehen werden. Namentlich ergeben sich bei der Pflege von sozialen Kontakten keine Einschränkungen, und die Beschwerdeführerin ist in der Verrichtung alltäglicher Dinge wie auch in der Führung des Haushalts selbständig. 5.1.4

Hinsichtlich des Aspekts des behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass bereits seit Anfang 2003 das Antidepressiva (Cipralex) verordnet und nie ein Versuch eines Wechsels des Antidepressivums versucht worden sei. Als problematisch sei auch anzusehen, dass das Cipralex offensichtlich inzwischen gar nicht mehr eingenommen werde. Es sei auch noch nie eine teil-

oder vollstationäre psychiatrische Behandlung unternommen worden, was aktuell nicht erforderlich sei, bei einer Verschlechterung der Depression als Behandlungsoption in jedem Fall aber in Anspruch genommen werden sollte (vgl. Urk. 7/154/42). Die lediglich spärlichen psychopathologischen Untersuchungsbefunde bei weitgehend fehlender medikamentöser Behandlung korrelieren damit mit der lediglich einmal alle zwei Wochen erfolgten ambulanten Behandlung (Urk. 7/154/35) und lassen — wie gesagt — nicht auf anhaltend hohen Leidensdruck schliessen. Es ist auch nicht einzusehen, weshalb den Beschwerden bei anhaltend hohem Leidensdruck nicht mit anderen therapeutischen Ansätzen begegnet worden wäre. Ein eingliederungsanamnestischer Leidensdruck ist damit nicht auszumachen. 5.2

Damit ist ein erheblicher funktioneller Schweregrad des Leidens im Verfügungszeitpunkt zu verneinen, nachdem sich aus der psychischen Symptomatik kein invalidisierender Gesundheitsschaden darstellen lässt, welcher es der Beschwerdeführerin verunmöglicht, ihre Restarbeitsfähigkeit in ihrer bisherigen, wie auch in einer den somatischen Gegebenheiten angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.2.2 und E. 3.2.3) vollzeitig zu verwerten. Angesichts der klaren Aktenlage sind in diesem Zusammenhang von weiteren Beweissmassnahmen (etwa der Einholung eines weiteren Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). 6.

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