

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01058 vom 15. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01058](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01058)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01058 du 15 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01058 del 15 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1968 geborene X.\_\_\_\_ meldete sich am 13. März 2014 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/8 und Urk. 7/26) die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/31) und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/10) sowie Berichte der behandelnden Therapeuten ein (Urk. 7/12 und Urk. 7/32). Mit Mitteilung vom 7. Oktober 2014 sprach die Verwaltung der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von Job Coaching zu (Urk. 7/19). Vier Monate später wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen, weil das Arbeitspensum nicht mehr erhöht werden konnte, wobei das Job Coaching weiterhin gewährt wurde (Mitteilung vom 18. Februar 2015 [Urk. 7/24]). Zusätzlich liess sie die Versicherte am 6. Oktober 2015 von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (psychiatrisch-psychotherapeutische Expertise vom 19. Oktober 2015 [Urk. 7/43/1-26]). Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2016 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 7/47). Daran hielt sie – auf Einwand von X.\_\_\_\_ hin (Urk. 7/50 und Urk. 7/53) – mit Verfügung vom 29. August 2016 fest (Urk. 7/56 = 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**

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. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 20. September 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Teilrente zuzusprechen; eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 1. November 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 3. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Letztere reichte sodann am 12. Dezember 2016 (Urk. 9) und 29. Mai 2017 (Urk. 13 und Urk. 14/1-2) weitere Eingaben ein. Auf eine Stellungnahme hierzu verzichtete die Beschwerdegegnerin jeweils (Urk. 11 und Urk. 16).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenablehnung – unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/43/1-26) – damit, bei der Beschwerdeführerin bestehe nach Abschluss der Ausbildung zur Sekundarlehrerin eine maximale Arbeitsunfähigkeit von 25 %. Damit liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor (Urk. 2). Im Rahmen der Beschwerdeantwort führte sie ergänzend aus, einzig in Bezug auf den durch die Persönlichkeitsstörung eingeschränkten und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehenden Zeitraum ergebe sich im Gutachten kein nachvollziehbares Bild. Der Annahme, wonach eine solche Einschränkung seit Ende der Ausbildung als Sekundarlehrerin im Jahr 1994 bestehe, könne nicht ohne Weiteres zugestimmt werden. Es bleibe sodann darauf hinzuweisen, dass selbst wenn von einer bei der Beschwerdeführerin vorliegenden bipolaren affektiven Störung ausgegangen werde,

jene über einige Ressourcen verfüge (Urk. 6 S. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, auf das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden. Er gehe auf die gegenwärtig festgehaltene und zuvor mehrfach als Verdachtsdiagnose genannte bipolare affektive Störung nicht ein und stelle dennoch die Einschätzungen der seit längerer Zeit involvierten Fachärzte in Frage. Es sei daher vielmehr auf die Beurteilung der behandelnden med. pract . A.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, abzustellen, die von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgehe (Urk. 1 S. 2 ff.). 3.

### **E. 3**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

In ihrem Bericht vom 18. April 2015 (Urk. 7/32) diagnostizierte med. pract . A.\_\_\_\_ eine bipolar affektive Störung (am ehesten Bipolar-II-Störung [ICD-10 F31.2]). Sie berichtete, die Beschwerdeführerin zeige die Erkrankung seit über 20 Jahren in unterschiedlicher Ausprägung. Vor allem die Stimmungsschwankungen in Richtung des depressiven Pols würden die Versicherte in ihrer Leistungsfähigkeit einschränken. Sie sei in ihrer Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit klar eingeschränkt. Sie zeige eine rasche Ermüdbarkeit und brauche längere Regenerationszeiten. Sobald sie ihr Pensum erhöhe und die regelmässig angedachten Pausen reduziere, zeige sich dies in einer psychischen Instabilität. Daraus ergebe sich eine zeitliche Einschränkung des Arbeitstags. In diesem Bereich habe es in den letzten Monaten, trotz stabilem Gesundheitszustand, keine merklichen Verbesserungen gegeben. Durch die Symptome sei die Beschwerdeführerin in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie in der Durchführung von ausserberuflichen Aktivitäten eingeschränkt (S. 1). Sie habe – so die Therapeutin weiter – ihre Tätigkeit als Sekundarlehrerin in der Sprachschule Allegra mit einem Pensum von circa 50 – 60 % ab 19. Mai 2014 wiederaufnehmen können. Zudem sei es ihr möglich gewesen, ab Mitte November 2014 BMS- und Gymnasiums-Vorbereitungskurse zu geben; dies allerdings dadurch, indem sie das Pensum in der „Allegra -Schule“ reduziert habe. Insgesamt zeige sich, dass die Beschwerdeführerin mit einem Pensum von 60 % an ihrer Belastungsgrenze sei (S. 1 f.).

#### **E. 3.2**

Nachdem Dr. Z.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin am 6. Oktober 2015 im Auftrag der Beschwerdegegnerin untersucht hatte, stellte er in seinem Gutachten vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/43/1-26) folgende Diagnose (S. 12): - Kombinierte (narzisstisch, emotional instabil) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - mit Gebrauch von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis) - mit depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/F33.4)

Der Experte führte aus, die Beschwerdeführerin sei im Bewusstsein wach und zu allen Qualitäten orientiert. Im formalen Denken sei sie logisch und kohärent. Sie berichte flüssig, differenziert und gut strukturiert. Es würden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen bestehen. Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit

und Konzentration seien unauffällig. Das Gedächtnis sei intakt. Im Affekt sei die Versicherte ruhig, ausgeglichen und gut moduliert. Ein affektiver Rapport komme gut zustande (S. 11). Aufgrund der aktuellen Untersuchung, der vorliegenden Akten und der Angaben der Beschwerdeführerin gehe er von einer leicht ausgeprägten kombinierten Persönlichkeitsstörung aus. Dabei seien narzisstische und emotional instabile Anteile zu erkennen. Der Gebrauch von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (hier vor allem Cannabinoide) könne bei der Beschwerdeführerin als Teil respektive Ausdruck der Persönlichkeitsstörung interpretiert werden. Das Konsumverhalten sei im versicherungsmedizinischen Verständnis „sekundär“ (S. 16). Dr. Z. \_\_\_ schilderte weiter, die ICD-10-Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode seien nicht erfüllt. Sie könnten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der Angaben in den Akten ab September 2013 nachvollzogen werden. Bei der Beschwerdeführerin würden auch keine Symptome in ausreichender Schwere beziehungsweise in ausreichender Länge bestehen, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die in den Akten postulierte depressive Störung sei remittiert und könne nicht als eigenständige Störung mit Krankheitswert bestätigt werden. Die depressiven Symptome seien im Falle der Beschwerdeführerin meist Ausdruck ihrer Überforderung aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale (beispielsweise narzisstisches Selbstverständnis, verminderte Kritikfähigkeit, Missachtung sozialer Normen/Regeln/Verpflichtungen, geringe Frustrationstoleranz [S. 17]). Die Persönlichkeitsstörung sei nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, die die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Die Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien der Kategorie vor allem durch ihre gestörte berufliche (Re-)Integration aufgrund emotionaler Instabilität mit verminderter Belastbarkeit (S. 18). Beim Verlauf der Störung seien auch (psycho-)soziale Faktoren zu benennen (beispielsweise Lage am Arbeitsmarkt, Lebensalter, alleinerziehend sein, persönliche Berufswünsche). Sie würden als nicht krankheitsbedingte Faktoren die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite behindern. Die leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung – so der Experte abschliessend – habe einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als Sekundarlehrerin und/oder Büroangestellte mit einer Minderung von 25 %. Für angepasste Tätigkeiten könne keine relevante Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Für Zeiten stationärer Hospitalisationen sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei diese aufgrund der Art der Störung in der Regel von kurzfristiger Dauer sei (S. 19 f.). 4.

#### 4.1

Nach Lage der Akten litt die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (vgl. zur Grenze der richterlichen Überprüfungsbeugnis etwa BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 und BGE 129 V 354 E. 1) an keinen somatischen Beschwerden, die eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hatten. Daran ändert auch der im Bericht der Fachärztin A. \_\_\_ vom 23. Mai 2017 angebrachte, unbelegte Hinweis auf zwei neu gestellte Diagnosen einer komplizierten Migräne und von rezidivierenden rechtsseitigen sensomotorischen Defiziten mit Sturzereignis und Bewusstlosigkeit ohne Anhalt auf Epilepsie nichts (Urk. 14/1 S. 2). Denn diese wären höchstens zu berücksichtigen, wenn sie Rückschlüsse auf eine frühere Entwicklung zuliesse (Urteil des Bundesgerichts U 415/06 vom 7. September E. 3), was indes nicht der Fall ist. 4.2

Bezüglich der psychischen Symptomatik äussert sich der Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ umfassend zu den vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Seine Expertise basiert auf einer einlässlichen psychiatrischen Untersuchung, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und erging in Kenntnis der fallrelevanten Vorakten (darunter Berichte der behandelnden Therapeuten vom 10. März 2014, 2. Mai 2014, 11. Juni 2014 und 18. April 2015 [Urk. 7/43/1-26 S. 2 f.]). Der Gutachter legte anhand der von ihm erhobenen Befunde in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Arbeit zu 75 % zuzumuten ist und in einer adaptierten Tätigkeit keine relevante Arbeitsunfähigkeit besteht. Die Expertise von Dr. Z.\_\_\_\_ entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.3 hievore). 4.3

Die Beschwerdeführerin macht unter Hinweis auf die Stellungnahme der Fachärztin A.\_\_\_\_ vom 12. September 2016 (Urk. 3) geltend, Letztere verfüge zur Diagnosestellung über einen Beobachtungszeitraum von über 2.5 Jahren, was gegenüber dem Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ einen Vorteil darstelle (Urk. 1 S. 4). Soweit sie damit die Explorationsdauer bemängelt, ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie vorliegend – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend. Im Übrigen liegt es in der Natur der Sache, dass eine psychiatrische Begutachtung sich nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Fachleute. Dies allein vermag den Beweiswert eines Gutachtens nicht zu schmälern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5 mit weiterem Hinweis). Hinzu kommt, dass Dr. Z.\_\_\_\_ die Vorakten der behandelnden Therapeuten wie auch die Austrittsberichte der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ und der Klinik C.\_\_\_\_ vom 8. Juli 1997 und 14. Februar 2005 über die stationären Aufenthalte vom 22. Mai bis 4. Juli 1997 und 24. bis 28. Januar 2005 bekannt waren (Urk. 7/43/1-26 S. 2 f. und S. 8 ff., 7/43/30-32 und 7/44/2-3) und er über die früher durchlebte psychische Problematik damit im Bilde war. 4.4

Auch die Berichte der behandelnden Therapeuten – darunter auch die im Nachgang zur Expertise von Dr. Z.\_\_\_\_ eingereichte Stellungnahme von der Fachärztin A.\_\_\_\_ vom 12. September 2016 (Urk. 3) – stellen die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage.

Hinsichtlich der divergierenden medizinischen Ansichten ist zu bemerken, dass die 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 geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_79/2008 vom 19. August 2008 E. 4. 1).

Solche Gesichtspunkte bringen die behandelnden Therapeuten, insbesondere auch die Fachärztin A.\_\_\_\_, indes nicht vor. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ wurden die durch jene erhobenen Befunde und die daraus abgeleitete, anfänglich als Verdachtsdiagnose geäußerte bipolare affektive Störung nachvollziehbar diskutiert und anschliessend verneint (Urk. 7/43/1-26 S. 14 f.). Mit ihrer Rüge übersieht die Beschwerdeführerin mit hin die ständige Rechtsprechung zur Differenzierung zwischen therapeutischem und Sachverständigenauftrag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_494/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Die gutachterliche Auffassung erscheint auch vor dem Hintergrund, dass aus den in den Berichten der behandelnden Ärzte erhobenen Befunden keine manische Episode mit psychotischen Symptomen – die von der Fachärztin als ICD-10 F31.2 klassifizierte Diagnose (vgl. Urk. 7/32 S. 1) entspricht einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen – hervorgeht, als durchaus plausibel. Manische Episoden beginnen in der Regel abrupt und dauern zwischen zwei Wochen und vier bis fünf Monaten (im Mittel etwa vier Monate). Dabei ist die Stimmung situationsadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken, wobei das klinische Bild einer Manie mit psychotischen Symptomen einer schwereren Form entspricht. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden und führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Übliche soziale Hemmungen gehen verloren, die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden. Stattdessen kommt es oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist aufgeblasen. Grössenideen oder massloser Optimismus werden frei geäußert ( Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Auflage, Bern 2015, S. 162 und S. 164). Eine manische Episode wird sodann auch von der Beschwerdeführerin selbst verneint (Urk. 7/43/1-26 S. 6). Sie gibt vielmehr an, ihr Zustand wechsele innert einem Tag von euphorisch zu depressiv niedergeschlagen (Urk. 7/25 S. 11), was ebenfalls mit einer manischen Episode nicht in Einklang zu bringen ist (vgl. hievore). Widersprüchlich ist sodann, dass die Fachärztin A.\_\_\_\_ die bipolare Erkrankung einerseits unter ICD-10 F31.2, andererseits unter ICD-10 F31.8 (Urk. 3 und Urk. 7/32 S. 1) klassifizierte, wobei bei Letzterer keine manischen, sondern hypomanische Episoden auftreten ( Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 169). Auch bei jenen findet sich eine anhaltende leicht gehobene Stimmung (wenigstens einige Tage hintereinander), gesteigerter Antrieb und Aktivität und gewöhnlich ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit. Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermässige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmass, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen ( Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 160 f.). Entsprechende Störungen der Stimmung des Verhaltens können der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte ebenfalls nicht entnommen werden. 4.5

Ob die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bereits ab Ende der Ausbildung zur Sekundarlehrerin im Jahr 1994 besteht – wie dies der Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ annimmt (Urk. 7/43/1-26 S. 21) – oder ob diese erst später eingetreten ist – wovon die Beschwerdegegnerin auszugehen scheint (Urk. 6 S. 2) –, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Denn einerseits kann vorliegend ein Rentenanspruch frühestens ab August 2014 entstehen (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), andererseits würde auch eine allfällige

Annahme einer später eingetretenen Arbeitsunfähigkeit an der Beweiskraft der Expertise nichts ändern. 5. 5.1

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 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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislasterlastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 5.2

Hinsichtlich des funktionellen Schweregrades der diagnostizierten Gesundheitsschädigung erweist sich diese – unter Abgrenzung der psychosozialen Faktoren – als nicht besonders ausgeprägt. Von einem Behandlungs- und Eingliederungserfolg kann nicht gesprochen werden, was angesichts dessen, dass die Prognose einer Persönlichkeitsstörung meist chronisch stabil ist (Urk. 7/43/1-26 S. 25) auch nicht erstaunt. Bezüglich Persönlichkeit und sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin einen Sohn hat (geboren 1998) und seit vier Jahren in einer Partnerschaft lebt (Urk. 7/43/1-26 S. 5). Sie pflegt regelmässig vielfältige soziale Kontakte (Urk. 7/7 S. 3 und Urk. 7/43/1-26 S. 24). Sie zeigt damit eine ungebrochene Fähigkeit, verlässliche soziale Beziehungen zu pflegen, was auf erhaltene Ressourcen schliessen lässt. Im Rahmen der Konsistenzprüfung zeigen sich zwar (leichte) Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen, es liegen aber weiterhin Alltagsaspekte vor, denen eine positive Wirkung zugeschrieben werden kann. So besorgt sie den Haushalt selbständig, liest viel, im Sommer schwimmt sie und fährt Velo, unternimmt mit ihrem Partner Wochenendausflüge und geht jährlich mit ihrem Sohn auf eine Reise (Urk. 7/43/1-26 S. 7). Dass diesen Aktivitäten auch ein therapeutischer Nutzen zukommen kann und sie mit der gegenwärtigen Verfassung korrelieren können, ist nachvollziehbar (Urk. 9 S. 1), ändert aber nichts am Umstand, dass es sich dabei um mobilisierende Ressourcen handelt. Sodann kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie angibt, die Ferien würden jeweils durch ihre Mutter oder ihre Cousine organisiert (Urk. 9 S. 2). So gab sie in einem Telefonat mit der Eingliederungsberaterin der Beschwerdegegnerin selbst an, dass sie momentan im Reisebüro sei, um eine Woche Ferien zu planen. Diese trat sie dann kurze Zeit später auch an (Urk. 7/25 S. 7 f.). Diese Verhaltensweisen sind damit nicht mit den geltend gemachten Einschränkungen im Beruf vereinbar, sodass von einer diesbezüglichen Inkonsistenz auszugehen ist. Zusammenfassend sind zwar praxisgemässe Kriterien gegeben, aber nicht in ausgeprägter Weise, weshalb dem Leiden keine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommt. 5.3

Damit ist erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Arbeit jedenfalls nicht mehr als um 25 % eingeschränkt ist und für Verweistätigkeiten keine relevante Arbeitsunfähigkeit besteht. Die Beschwerdeführerin erleidet folglich keine rentenrelevante Erwerbseinbusse. 5.4

Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, inwiefern die Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 1) neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit weiteren Hinweisen). 6.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 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 zugestellt. 3.

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

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

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

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

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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