

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01270 vom 16. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01270](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01270)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01270 du 16 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01270 del 16 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit Urteil vom 29. Mai 2015 im Verfahren Nr. IV.201 5.00112 hob das hiesige Gericht die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 10. Dezember 2014 (Urk. 7/57) auf und wies die Sache zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens und anschliessendem erneuten Entscheid über den Leistungsanspruch von X.\_\_\_\_, geboren 1955, an die IV-Stelle zurück (Urk. 7/64 E. 4.3, Dispositiv Ziff. 1).

Die IV-Stelle veranlasste in der Folge ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welches am 27. November 2015 erstattet wurde (Urk. 7/74). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/77, Urk. 7/85, Urk. 7/94) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Oktober 2016 einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/96 = 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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 201

### **E. 1.3**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

### **E. 1.4**

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. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall 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 arbeits unfähig 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 14. November 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Oktober 2016 ( Urk. 2 ) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1. September 2013 eine ganze Rente zuzusprechen , eventuell sei ihr eine bis am 30. September 2015 befristete Rente zuzusprechen, subeventuell sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt erneut ergänze und hernach neu verfüge (Urk. 1 S. 2 ).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2016 ( Urk. 6 ) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 28. Dezember 2016 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 ) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt ( Urk. 8 ). Mit Schreiben vom 17. Januar 2017 (Urk. 11) reichte Rechtsanwalt Stephan Kübler seine Honorarnote (Urk. 10) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Demnach seien die

psychischen Leiden aufgrund der psychosozialen Belastungssituation entstanden und aufrechterhalten worden. Nach dem Weg fallen dieser Faktoren sei wieder die frühere Belastbarkeit zu erwarten. Damit handle es sich nicht um eine verselbständigte psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Durch Weiterführung einer antidepressiven Medikation könne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Auch aus somatischer Sicht liesse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Es liege damit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ komme kein Beweiswert zu. So sei weder eine sorgfältige Anamneseerhebung noch eine eingehende Auseinandersetzung mit den Vorakten erfolgt (S. 7 f. Ziff. 2.2). Es sei bei der Anamneseerhebung zu Missverständnissen und Ungenauigkeiten gekommen, aus welchen die Gutachterin die falschen Schlüsse gezogen habe (S. 8 ff. lit. a). Zudem sei infolge einer anzunehmenden erheblichen wirtschaftlichen Abhängigkeit der Gutachterin von der Beschwerdegegnerin auf Befangenheit zu schliessen (S. 10 lit. b). Weiter machte die Beschwerdeführerin geltend, dass kein Sachverhalt aus ihrem psychosozialen Umfeld als wahrscheinlich ursächlich dafür erscheine, dass sie Ende 2010 psychisch erkrankt sei (S. 11 unten). Ihr Leiden stelle eine von psychosozialen Faktoren verselbständigte psychische Störung dar, die Krankheitswert habe. Aufgrund der selbst gemäss der Gutachterin relevanten psychischen Leiden sei ihr mit Wirkung ab 1. September 2013 bis mindestens am 30. September 2015 eine ganze, eventuell eine halbe Rente zuzusprechen, und es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie seit dem 14. Juni 2015 wieder voll arbeitsfähig sei (S. 15 Ziff. 3.2).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die Frage, ob in psychischer Hinsicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. 3. 3.1

Die Fachpersonen der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, A.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 29. April 2013 (Urk. 7/18) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F33.11, anamnestisch bestehend seit etwa 25 Jahren - Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung; Burnout-Syndrom, bestehend seit Ende 2012 und Anfang 2013 - Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Anteilen, vermutlich bestehend seit früher Kindheit und Jugendzeit

Die Fachpersonen führten aus, die Beschwerdeführerin sei am 17. April 2013 zur stationären Behandlung in die Klinik eingetreten und der Entlassungstag sei voraussichtlich der 18. Juni 2013 (Ziff. 1.3).

Die Beschwerdeführerin habe sich in einem schwergradig depressiven Zustandsbild mit einem Burnout-Syndrom präsentiert. Sie scheine mit den seit dem letzten Aufenthalt in der Klinik Pünt ab Mitte Oktober 2012 erlebten Veränderungen im privaten und beruflichen

Umfeld innerpsychisch nicht mehr zurecht gekommen zu sein. Aufgrund ihrer maladaptiv entwickelten Bewältigungsmuster sei sie schnell in massive Überforderungsgefühle geraten, was zu einer erneuten depressiven Dekompensation mit deutlichen Erschöpfungssymptomen geführt habe. Es lasse sich eine starke emotionale und gedankliche Verstrickungstendenz aufgrund einer realitätsverzerrten Aussenwahrnehmung feststellen. Dabei würden psychosozial belastende Ereignisse wie die Trennung von ihrem Ehemann und die Unsicherheiten an ihrer Arbeitsstelle durch aktivierte Gefühls- und rigid fordernde Über-Ich-Muster permanent getriggert und setzten die Patientin unter extrem starken innerpsychischen Druck.

Im Gespräch zeige sie häufig Trauerreaktionen während ihren leicht weit schweifigen und sich inhaltlich verlierenden Ausführungen über das erlebte und für sie schwer zu fassende Aussengeschehen. Dabei werde eine unter schwellig leicht anklagende, dysphorisch-gereizte sowie leicht appellative Beziehungsgestaltung sichtbar. Die Patientin scheine ihre extrem hohen Selbst- und Fremdansprüche sowie einen damit verbundenen unterschwelligen Anspruch auf Selbstwerterhöhung und Anerkennung überkompensatorisch durch rigide und zwanghafte Kontrollbedürfnisse verwirklichen zu wollen. Insgesamt gebe es anamnestische Hinweise auf Ich-strukturelle Defizite bei der Affektregulation, der Frustrationstoleranz, der Realitätsprüfung, der emotionalen Kommunikation und den Bewältigungskompetenzen. Entsprechend bestehe der Verdacht auf eine narzisstisch-zwanghaft abgewehrte Selbstwertproblematik mit selbstunsicheren und histrionischen Anteilen. Prognostisch günstig einzuschätzen seien die Therapiemotivation, die Reflexionsfähigkeit und die zuverlässige Teilnahme an den Therapiestunden sowie die Bemühungen zur Umsetzung des Gelernten. Prognostisch ungünstig erschienen der rezidivierende Verlauf der depressiven Erkrankung sowie die aufgrund der Ich-strukturellen Defizite entwickelten selbstabwertenden Schemata und dysfunktionalen Bewältigungsmuster, die sich insbesondere in sozialen Interaktionen und Situationen zeigten (Ziff. 1.4).

Die Fachpersonen führten aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe vom 20. Februar bis 6. März 2013, während des teilstationären Aufenthaltes in der Tagesklinik der B.\_\_\_\_ vom 7. März bis 16. April 2013, während des stationären Aufenthaltes in der A.\_\_\_\_, Pünt Mitte, vom 17. April bis 18. Juni 2013 und vom 19. bis 30. Juni 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.6).

Geistig bestünden eine leicht verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, eine Tendenz zum eingeeengten formalen Gedankengang mit leicht verzerrter Realitätswahrnehmung, schwarz-weiß-Denken, Grübeln und Gedankendrängen, Pessimismus, Ablenkbarkeit und eine erhöhte Ermüdbarkeit.

Psychisch bestehe ein depressiv-ängstliches Zustandsbild, eine starke Affektlabilität, Gefühle von Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Unsicherheit, Unzufriedenheit, Frust und Ärger, hohe Erregbarkeit sowie Spannungs- und Stresszustände, Antriebsverluste, sozialer Rückzug sowie Phasen von Verzweiflung, einhergehend mit Suizidgedanken oder Ruhe- und Erlösungswünsche und reduzierter Belastbarkeit.

Die Beschwerdeführerin tendiere zu überangepasstem und abhängigem Verhalten mit Unterordnung unter Bedürfnisse anderer und Vernachlässigung eigener Bedürfnisse sowie aufgrund ihrer verinnerlichten rigid-fordernden Bewertungs-Instanzen (Über-Ich-Anteilen) zur Übernahme vieler Aufgaben. Diese versuche sie mit perfektionistischen

Selbstansprüchen und zwanghaften Kontrollbedürfnissen unter Missachtung eigener Grenzen zu erledigen. Aufgrund der Suche nach existentieller Sicherheit, Anerkennung und Beachtung bestünden sehr hohe Ansprüche im Aussen, welches tendenziell realitätsverzerrt wahrgenommen werde. Deshalb gerate die Beschwerdeführerin schnell unter innerpsychischen Druck, wenn andere nicht wie vor gestellt funktionierten. Sie tendiere dabei zu Gefühlen von Enttäuschung, Kränkung, Verzweiflung und Ohnmacht, was sie durch impulsive verbale und unterschwellig histrionisch gefärbte appellative Nörgeleien bis hin zu Wut ausbrüchen zu bewältigen versuche. Dies wiederum könne zu Gefühlen von Stress, Überforderung und Frust, einhergehend mit hohen Spannungs- und Erregungszuständen, Blockiertheit und depressiver Dekompensation führen.

Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. In welchem zeitlichen Rahmen dies sein werde, müsste in einer IV-gestützten Integrationsmassnahme abgeklärt werden. Die Patientin werde voraussichtlich bis mindestens am 30. Juni 2013 zu 100 % arbeitsunfähig sein (Ziff. 1.7). Die Einschränkungen liessen sich durch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung und medikamentöse Begleittherapie, welche im günstigsten Fall zu einer Symptomreduktion und Zunahme der Belastbarkeit führten, vermindern. Ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, könne aufgrund der Beobachtungssituation im klinischen Behandlungssetting nicht schlüssig beurteilt werden. Die Beschwerdeführerin sei aktuell in ungekündigtem Anstellungsverhältnis. Eine IV-gestützte berufliche Massnahme erscheine aus medizinisch-therapeutischer Sicht sinnvoll. Dies aufgrund einer von der Belastbarkeit in einem Arbeitspensum zumindest leicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und der getrennt lebenden Ehesituation, die bei der Patientin zu nachvollziehbaren Existenzängsten infolge der bevorstehenden Pensionierung des Ehemannes im 2014 führe (Ziff. 1.9). Eine langsame und schrittweise Steigerung des Arbeitspensums sei sinnvoll. Ein motivierendes Arbeitsumfeld mit persönlicher Ansprechperson, möglichst geringem Zeit- und Leistungsdruck sowie klar abgestecktem Aufgaben- und Kompetenzbereich könne unterstützend sein (S. 8). 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberärztin, sowie lic. phil. D.\_\_\_\_, klinischer Psychologe, beide vom Ambulatorium des E.\_\_\_\_-Instituts, stellten in ihrem Bericht vom 7. April 2014 (Urk. 6/30/1-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), bestehend seit mindestens dem 28. September 2011 - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0), bestehend seit frühem Erwachsenenalter

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten Dr. C.\_\_\_\_ sowie lic. phil. D.\_\_\_\_ einen Status nach Burnout-Syndrom und funktionelle Darmbeschwerden (Ziff. 1.1). Vom 28. März bis 31. August 2011 und erneut seit dem 14. Dezember 2011 sei die Beschwerdeführerin bei ihnen in Behandlung. Die letzte Kontrolle habe am 7. April 2014 stattgefunden (Ziff. 1.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sekretärin habe vom 1. bis 4. November 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, vom 5. November bis 21. Dezember 2012 eine von 50 %, vom 1. bis 22. Januar 2013 eine von 30 % und ab dem 23. Januar 2013 eine von 100 % bestanden (Ziff. 1.6). Es bestehe eine erheblich reduzierte psychophysische Belastbarkeit. Kleinste Änderungen in einem Setting destabilisierten die Klientin vollkommen. So habe beispielsweise der Wechsel von der F.\_\_\_\_ in die G.\_\_\_\_ anfangs 2014 die

Beschwerdeführerin vollkommen aus dem Gleichgewicht geworfen. Es falle ihr schwer, sich gegenüber anderen Menschen abzugrenzen und sie empfinde Situationen mit mehreren Menschen in einem Raum als Bedrohung. Sie sei im Umgang mit anderen Menschen sehr fixiert auf bestimmte Abläufe und unflexibel in Bezug auf spontane Änderungen. Sie sei nicht konfliktfähig und nehme unbedeutende Geschehnisse aufgrund ihrer Selbstunsicherheit sehr persönlich. Sie erwarte zu viel von sich und könne nur schwer Hilfe von aussen annehmen. Sie habe Mühe, ihren Krankheitszustand anzunehmen und mache sich viele Vorwürfe und habe Schuldgefühle (Ziff. 1.7).

Die Beschwerdeführerin sei Anfangs Juli 2012 mit ihrem Mann in eine neue Wohnung gezogen. Sie sei in dieser Zeit zu Hause durch den mehrfach erkrankten Ehemann sehr stark belastet gewesen und habe nach verschiedenen Operationen immer wieder seine Pflege zu Hause übernommen. Kurz darauf habe sie einen Zusammenbruch erlitten, von dem sie sich bis heute nicht wirklich erholt habe. Die Beziehung zwischen ihr und ihrem Mann sei seit mehreren Jahren nicht mehr intakt und die Patientin habe unter der fehlenden Zuneigung und Lethargie des Partners sowie der fehlenden Kommunikation innerhalb der Beziehung, der mangelnden Unterstützung und Fürsorge

gelitten. Die Trennung sei im Herbst 2012 erfolgt. Die Mutter der Beschwerdeführerin leide unter einer demenziellen Erkrankung und habe vermutlich früher Depressionen gehabt, die weder diagnostiziert noch behandelt worden seien.

Seit der Trennung von ihrem Ehemann lebe sie alleine in einer kleinen Mietwohnung. Sie fühle sich damit sehr wohl. Durch die Erkrankung und die Trennung von ihrem Mann habe sie viele Freunde verloren, was sie sehr traurig stimme.

Derzeit bestehe eine deutliche Einschränkung im Alltag. Die Beschwerde führe rin sei nicht belastbar und fühle sich auch emotional schnell überfordert. Zurzeit fehlten ihr die Fähigkeit sich genügend abzugrenzen und sie suche die Schuld immer bei sich. Sie sei oft abwesend durch ihr Gedankenkreisen und Grübeln und neige zur sozialen Isolation. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer fehlenden Belastbarkeit zurzeit nicht arbeitsfähig. Das Bewusstsein sei klar und sie sei allseits orientiert. Die Patientin weise Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen auf. Das Denken sei gehemmt, umständlich, perseverierend, grübelnd und ideenflüchtig. Die Patientin sei misstrauisch und zeige Zwangsdanken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen, jedoch keine inhaltlichen Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Sie sei ratlos, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, gereizt, innerlich unruhig und ambivalent. Sie weise eine Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle und Verarmungsgefühle auf. Der Antrieb sei gehemmt. Die Prognose sei zum jetzigen Zeitpunkt unklar (Ziff. 1.4). Derzeit finde wöchentlich eine integrierte, ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt (Ziff. 1.5). Die Beschwerdeführerin würde gerne arbeiten, was mit ihrem gesundheitlichen Zustand zurzeit leider nicht zu vereinbaren sei. Es sei zu hoffen, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt wieder eine reduzierte Belastungsfähigkeit erreichen werde. Zu gegebener Zeit sei eine Potentialanalyse mit anschließendem Arbeitstraining und einem stufenweisen Wiedereinstieg in Begleitung durch die Invalidenversicherung zu empfehlen. Ein Teilpensum von 50 % wäre erstrebenswert und hoffentlich ein realistisches Ziel (S. 9). 3.3

Die Fachpersonen der B.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht 10. Juli 2014 (Urk. 6/39/2-9) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - agitierte

Depression auf dem Boden einer Persönlichkeit mit zwanghaften Zügen, Erstdiagnose März 2013

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Osteoporose (Ziff. 1.1).

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 7. Februar 2013 bei ihnen in Behandlung gewesen und die letzte Kontrolle sei am 24. April 2014 erfolgt (Ziff. 1.2).

Während der Behandlung in der Tagesklinik sei die Beschwerdeführerin vom 3. Februar bis 24. April 2014 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, und diese Arbeitsunfähigkeit bleibe auch nach Austritt bestehen. Während des tagesklinischen Aufenthaltes sei es nicht gelungen, eine Tagesstruktur, welche die Beschwerdeführerin nach Austritt in Anspruch hätte nehmen können, aufzubauen. Zu diesem Zeitpunkt sei sie psychisch noch zu instabil gewesen. Für die weitere Genesung sei längerfristig der Aufbau der Tagesstruktur sinnvoll (S. 1). Während der Behandlung in der Tagesklinik sei es ihr aufgrund ihrer inneren Unruhe, ihrem Streben nach Perfektionismus, sowie ihrer Kraft- und Energielosigkeit mit rascher körperlicher Erschöpfung kaum gelungen, ihren Hobbys nachzugehen (S. 2 oben).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellte sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Es bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, insbesondere in der Priorisierung. Zudem bestehe eine mittelgradige bis schwere Beeinträchtigung in der Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine schwere Beeinträchtigung, in unterschiedlichen Situationen unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen (Flexibilität und Umstellungsfähigkeit). Ausserdem bestehe eine mittelgradige bis schwere Beeinträchtigung in der Durchhaltefähigkeit. Es gelinge ihr kaum, ein durchgehendes Leistungsniveau über eine Zeitspanne von länger als 40 Minuten aufrecht zu erhalten. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten erscheine mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. Sie stehe unter starker Anspannung im Kontakt mit anderen und es falle ihr schwer, unverbindlich zu kommunizieren. Des Weiteren falle es ihr schwer, emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit anderen Rollenerwartungen und dem beruflichen Umfeld befriedigend abzustimmen. Spontanaktivitäten könnten von ihr ohne vorgängige Planung kaum initiiert werden. Die ursprüngliche Tätigkeit sei grundsätzlich zumutbar, aktuell bestehe jedoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Zu empfehlen sei die Neuevaluation der Arbeitsunfähigkeit und Belastbarkeit durch den ambulanten Therapeuten Ende Juli 2014 (Ziff. 1.7).

Aufgrund der Länge der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sei bei einem geplanten Wiedereinstieg ein vorgängiges Belastungstraining mit initialem Pensum von 20 % zu empfehlen. Das Pensum sollte anhand der Klinik schrittweise erhöht und in wöchentlichen Gesprächen überprüft werden. Eine Wiedereingliederung sollte in Absprache mit dem ambulanten Therapeuten erfolgen (Ziff. 3).

Zur psychiatrischen Anamnese führten die Fachpersonen der B.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe sich im Februar 2011 auf Anraten des Hausarztes bei der Psychiatrischen Poliklinik gemeldet, weil sie zunehmend das Gefühl gehabt habe, die Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz nicht mehr bewältigen zu können (lange Krankengeschichte des Ehemannes, die zunehmende Hilfsbedürftigkeit der Mutter und

damit verbundene Spannungen bei der Aufgabenteilung unter den Geschwistern sowie die zunehmend schwierige Situation am Arbeitsplatz mit steigendem Leistungsdruck). Nach einer weiteren Operation des Ehemannes sei sie angesichts der ihr bevorstehenden Pflegepflichten so verzweifelt gewesen, dass sie in suizidaler Absicht auf einer Brücke gestanden sei, habe aber aus Rücksicht auf ihre Kinder keinen Selbstmord begangen. Im Mai 2012 sei ihr Ehemann nach Ablauf der Zahlungspflicht des Arbeitgebers krank entlassen worden, was einen Umzug bedingt habe. Vom 12. Juli bis 10. Oktober 2012 sei sie in der Psychotherapiestation der Klinik H.\_\_\_\_ gewesen, wo ihr bewusst geworden sei, wie schlecht es um ihre Ehe stehe. Zuletzt habe ab 2013 die Arbeitsbelastung noch zugenommen, und zudem hätten die Geschwister nach einer Periode eisiger Stimmung untereinander die Mutter ohne Absprache mit der Beschwerdeführerin in einem Heim untergebracht. Dies habe den aktuellen Zusammenbruch 2013 letztlich ausgelöst. Sie habe damals unter uncharakteristischer Gefühlslabilität, Schwindel und Schlafstörungen gelitten.

Die Fachpersonen führten weiter zur Prognose aus, die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer Störungen werde auf 16 Wochen geschätzt. Bei der Beschwerdeführerin sei dieser Zeitraum überschritten und bis anhin sei noch keine vollständige Remission erfolgt, was die Wahrscheinlichkeit einer erneuten depressiven Episode erhöhe.

Prognostisch ungünstig seien die lange Episodendauer, die unvollständige Remission, mangelnde soziale Unterstützung und Schwierigkeiten von Seiten der Beschwerdeführerin, Hilfe annehmen zu können, sowie die belastende Beziehung zum Ehemann und die längerfristig durch die Erkrankung bestehenden finanziellen Einbußen. Weiter sei die psychische Komorbidität durch eine Persönlichkeit mit zwanghaften Zügen als ungünstig anzusehen. Prognostisch günstig sei die hohe Reflexionsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Insgesamt sei die Prognose des weiteren Verlaufs der Erkrankung als eher ungünstig zu betrachten (Ziff. 1.4). 3.4

Dr. Z.\_\_\_\_ stellte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2015 (Urk. 7/74) folgende Diagnosen (S. 38 Ziff. 1): - Status nach zweimaliger depressiver Reaktion im Kontext von psychosozialen Belastungsfaktoren, erstmals 1990, zuletzt 2011 bis 2015 im Sinne einer lange anhaltenden, überwiegend mittelgradigen depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), ausgelöst und unterhalten durch: - Probleme mit Bezug auf die primäre Bezugsgruppe, einschliesslich familiärer Umstände - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit - Probleme mit Bezug auf die Wohnbedingungen und wirtschaftlichen Verhältnisse - akzentuierte Persönlichkeitszüge

Dr. Z.\_\_\_\_ führt aus, die Versicherte sei gelernte Bürofachfrau. Aufgrund der durch die genannten psychosozialen Belastungsfaktoren ausgelösten mittelgradigen, kurz auch schwergradigen depressiven Episode mit nur langsamer Remission unter intensiver psychiatrischer Behandlung, sei im Zeitraum 2012 bis 2015 folgende lang anhaltende Arbeitsunfähigkeit gegeben: Vom 12. Juli bis 4. November 2012 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden, vom 5. November bis 31. Dezember 2012 eine von 50 % und vom 1. bis 22. Januar 2013 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestanden. Dann habe vom 23. Januar 2013 bis 25. März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 26. März 2015 sei die antidepressive Medikation graduell ausgeschlichen worden, weswegen ab diesem Datum von einer sehr erheblichen Zustandsverbesserung auszugehen sei, da ansonsten die behandelnde Psychiaterin ja nicht das „Risiko“ eingegangen wäre, nach so langer und schwer zu beeinflussender Depressivität die Medikation zu reduzieren (S. 38 f. Ziff. 2).

Die Versicherte habe auch ab März 2015 ihre Tätigkeit in der Bibliothek aufgenommen und beschreibe diesbezüglich von Anfang an Freude an dieser neuen Tätigkeit und Struktur. Am 14. Juni 2015 sei die Dosis Venlafaxin auf die Erhaltungsdosis, wie sie nach Remission einer depressiven Episode für zumindest drei bis sechs Monate empfohlen werde, reduziert worden. Damit sei bei ansonsten nicht mehr psychiatrisch dokumentierten psychopathologischen Verlaufsbefunden von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab 26. März 2015 auszugehen: Vom 26. März bis 13. Juni 2015 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und ab dem 14. Juni 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Heute liege mit einem unauffälligen psychopathologischen Befund sowie psychometrisch untermauerter Remission der Depression weiterhin uneingeschränkt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (S. 39 oben).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, der bisherige Aufgabenbereich als Büroangestellte sei der Versicherten seit dem 14. Juni 2015 wieder uneingeschränkt zumutbar. Angepasste Tätigkeiten, in denen gegebenenfalls schon früher eine vollständige Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt hätte werden können, seien retrospektiv nicht sicher zu benennen (S. 39 Ziff. 3).

Die Versicherte sei seit dem 14. Juni 2015 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig, nachdem im Zeitraum vom März 2011 bis zum Begutachtungszeitpunkt adäquate und wirksame therapeutische Massnahmen beansprucht worden seien. Es sei darauf hin zu weisen, dass eine Vulnerabilität für neue depressive Phasen bestehe, beziehungsweise bei erneuten erheblichen psychosozialen Stressoren selbstverständlich das Risiko einer erneuten depressiven Reaktion bestehe. Weiter sei auf einen weiterhin nicht gelösten Konflikt mit dem Ehemann hinzuweisen, der die Versicherte dränge, wieder zu ihm zurückzukehren, was ein Risiko für ein Wiederaufflammen der Depressivität darstelle (S. 39 f. Ziff. 4).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in ihrer Würdigung der vorhandenen Arztberichte aus, im Vergleich zu den psychiatrischen Arzt- und Therapieberichten der Behandler im Zeitraum 2011 bis 2014 lägen keine relevanten diagnostischen oder arbeitsmedizinischen Diskrepanzen vor.

Anzumerken sei eine Inkonsistenz in den Berichten der Klinik H.\_\_\_\_ 2013 beziehungsweise sei im Arztbericht (2013), der sich auf die zweite Hospitalisierung beziehe, die Rede von akzentuierten Persönlichkeitszügen und im Austrittsbericht (2013) von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung - ein diagnostischer Wechsel, der auch von der damaligen behandelnden Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_ (2014) übernommen worden sei. Dem Austrittsbericht sei aber nicht zu entnehmen, worauf die Annahme einer Persönlichkeitsstörung gestützt werde, die Diagnose sei nicht an den ICD-10 Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach F60 geprüft worden. Die Versicherte weise eine konsistente, psychodynamisch gut nachvollziehbare Biographie auf. Die Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 seien nicht erfüllt. Auch hätten hierfür in der Interaktion mit der Gutachterin keine Hinweise vorgelegen. Die Versicherte weise ein normvariantes Persönlichkeitsinventar mit gut ausgebautem affektivem Spektrum, Streben nach Bedürfnis- und Lebensentwurfsbefriedigung sowie sehr guten sozialen Kompetenzen und korrekten Umgangsformen auf, beziehungsweise sei heute in keinerlei Weise eine etwaige krankheitswerte Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Die in der Krankheitsentwicklung erheblichen und hoch relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren seien auch von den Behandlern in sämtlichen Berichten ausführlich beschrieben worden (S. 40 f. Ziff. 6).

Zur Frage, ob psychosoziale Faktoren überwiegen würden oder eine allfällige Arbeitsunfähigkeit vor allem auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen sei, führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, als Auslöser für die beiden depressiven Episoden 1990 und 2011 hätten psychosoziale Belastungsfaktoren vorgelegen, die vor allem 2011 sehr erheblich gewesen seien. So hätten diese in der frustrierenden Beziehung zum Ehemann, den finanziellen Sorgen im Falle seiner erneuten und dann tatsächlich eingetretenen Arbeitslosigkeit und in einer Erschöpfung der emotionalen Ressourcen nach seiner sehr langen Krankheitsgeschichte bestanden. Weitere Belastungsfaktoren hätten im Bereich der eigenen beruflichen Belastung und in der ungenügenden beruflichen Anerkennung verbunden mit finanziellen-existenziellen Ängsten gelegen, die die Versicherte schliesslich an einem eigentlich von ihr gewünschten Stellenwechsel gehindert hätten (S. 41 Ziff. 7). Die Exploration habe eindeutig ans Licht gebracht, dass die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von Juli 2012 bis Juni 2015 vorwiegend auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen gewesen sei, die - bei wohl auch prädisponierender Persönlichkeitsakzentuierung - im Sinne eines psychoreaktiven Leidens eine langdauernde, fluktuierende depressive Reaktion hervorgerufen hätten (S. 41 f. Ziff. 8). 3.5

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie, nannte in ihrem Bericht vom 15./20. Juli 2016 (Urk. 7/92) als Diagnose eine stark symptomatische Rhizarthrose links. Als Nebendiagnosen nannte sie eine depressive Störung und eine Osteoporose/Osteopenie (S. 5). Dr. J.\_\_\_\_ führte aus, die Konsultation habe am 15. Juli 2016 stattgefunden. Die rechtsdominante und aktuell in leichter Bürotätigkeit beschäftigte Patientin berichte über fast täglich auftretende Beschwerden an der Daumenbasis links, dies vor allem bei feinmotorischen Arbeiten. Einen Dauerschmerz habe sie nicht. Eine ergotherapeutische Betreuung sei bereits begonnen worden, dort habe die Patientin verschiedene Orthesen erhalten (S. 5 unten). Eine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht attestiert worden (Ziff. 1.6). Dr. J.\_\_\_\_ führte aus, offensichtlich sei der Leidensdruck noch nicht so, dass die Patientin irgendwelche Interventionen wünsche, dies betreffe auch intraartikuläre Cortison-Injektionen (S. 6). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.4) davon aus, dass das psychische Leiden durch psychosoziale Belastungsfaktoren verursacht und aufrecht erhalten worden sei und keine verselbständigte psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_

vom November 2015 berücksichtigt die von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen und ihrem Verhalten umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.5).

Dem Gutachten lassen sich überdies keine Anhaltspunkte entnehmen, welche auf eine Befangenheit von Dr. Z.\_\_\_\_ schliessen lassen würden. Der Umstand, dass eine sachverständige Person wiederholt von einem Versicherungsträger für Begutachtungen

herangezogen wird, stellt von vornherein keinen Grund für eine Befangenheit dar, wie das Bundesgericht wiederholt festgestellt hat. Auch lässt die grundsätzliche Gefahr, welche eine allfällige

wirtschaftliche Abhängigkeit für die Qualität der Gutachten birgt, nicht automatisch den Schluss auf die Befangenheit zu (vgl. dazu Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Rz 39 zu Art. 44 mit weiteren Hinweisen; BGE 137 V 210 E. 1.3.3).

In nachvollziehbarer Weise begründete Dr. Z.\_\_\_\_, weshalb sie die unter anderem von Dr. C.\_\_\_\_ und lic. phil. D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom April 2014 (vgl. vorstehend E. 3.2) gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und ängstlich vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) nicht bestätigen könne.

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in ihrem Gutachten als Diagnosen einen Status nach zweimaliger depressiver Reaktion, erstmals 1990, zuletzt 2011 bis 2015 im Sinne einer lange anhaltenden, überwiegend mittelgradigen depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), ausgelöst und unterhalten durch eine psychosoziale Belastungssituation im Sinne von Problemen mit Bezug auf die primäre Bezugsgruppe, einschliesslich familiärer Umstände, Problemen mit der Berufstätigkeit, den Wohnbedingungen und den wirtschaftlichen Verhältnissen. Ausdrücklich bestätigte Dr. Z.\_\_\_\_, dass die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von Juli 2012 bis Juni 2015 vorwiegend auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen gewesen sei.

Auch wies Dr. Z.\_\_\_\_ auf das Risiko einer erneuten depressiven Reaktion beim Auftreten von psychosozialen Stressoren hin, namentlich darauf, dass der nicht gelöste Konflikt mit dem Ehemann ein Risiko für ein Wiederaufkommen der Depressivität berge, was klar aufzeigt, dass die psychische Problematik von den psychosozialen Belastungsfaktoren abhängig ist und kein eigenständiges psychisches Leiden vorliegt.

Die in der Einsprache vom 10. Mai 2016 (Urk. 7/85) und beschwerdeweise von der Beschwerdeführerin aufgeführten Ungenauigkeiten im Rahmen der Anamneseerhebung der Gutachten vermögen an der Verwertbarkeit des Gutachtens und der Schlüssigkeit der Diagnosen von Dr. Z.\_\_\_\_ nichts zu ändern. So sind die Vorbringen unwesentlich und soweit die Beschwerdeführerin daraus ableiten möchte, dass keine psychosozialen Belastungsfaktoren zur Begründung und Aufrechterhaltung ihrer psychischen Leiden ausschlaggebend gewesen seien, steht dies im Widerspruch zur medizinischen Aktenlage (vgl. vorstehend E. 3.1-3) und zu den von ihr selbst verschiedentlich getätigten Ausführungen auch im Rahmen der ersten Hospitalisation in der Klinik H.\_\_\_\_ vom Juli bis Oktober 2012 (vgl. Urk. 7/12/3-7 S. 1).

Betreffend die gestützt auf die medizinische Aktenlage rückwirkend von Dr. Z.\_\_\_\_ bestätigte Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2012 ist zu beachten, dass die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, eine Rechtsfrage ist und damit nicht den Ärztinnen und Ärzten obliegt, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). Da vorliegend gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_, welches im Einklang mit der medizinischen Aktenlage steht, davon auszugehen ist, dass psychosoziale Belastungsfaktoren das psychische Leiden

ausgelöst und unterhalten haben und damit kein eigenständiges psychisches Leiden besteht beziehungsweise bestand, war und ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kein relevanter psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen (vgl. vorstehend E. 1.3).

Auch liegen in somatischer Hinsicht keine Berichte vor, die auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit schliessen lassen würden. Dr. J. \_\_\_ attestierte in ihrem Bericht vom Juli 2016 (vgl. vorstehend E. 3.5) keine Arbeitsunfähigkeit und führte weiter aus, dass der Leidensdruck der Beschwerdeführerin noch nicht so hoch sei, dass sie irgendwelche Interventionen wünsche. 4.3

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vom November 2015 der medizinische Sachverhalt als dahin gehend erstellt zu erachten, als dass im hier relevanten Zeitraum kein von psychosozialen Belastungsfaktoren unabhängiges psychisches Leiden bestand, womit kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5 . 5 . 1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzu setzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegen den Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltli chen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5 .2

Mit Kostennote vom 17. Januar 2017 ( Urk. 10 ) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter de r Beschwerdeführerin e inen Aufwand von insgesamt 9.00 St unden und Barauslagen von Fr. 32.50 geltend, was als angemessen erscheint ( § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Demgemäss ist Rechtsanwalt Stephan Kübler mit Fr. 2'173.50 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungs pflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, wird mit Fr. 2'173.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungs pflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesge richt 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 Mosimann Schucan

## **E. 5**

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. 8**

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann.

Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich

mittelbar invaliditäts begründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

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