

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00317 vom 25. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00317

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00317 du 25 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00317 del 25 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

. September 20 10 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (Urk. 6/1). Unter Hinweis auf psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angstzustände meldete sie sich am 4. Februar 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1/6 und Urk. 6/

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität 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).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

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 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 Gesundheitsschädigung 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 gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislustige versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 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).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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). 1. 4

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. 2.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der zu beurteilenden Verfügung vom 2. März 2017 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 2. 2

Vom 20. April bis am 17. Juni 2010 war die Beschwerdeführerin in der A.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 10. November 2010 (Urk. 6/19) stellten die Ärzte die Diagnosen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.2), einer nicht primär insulin-abhängigen Diabetes mellitus (ICD-10 E11) und einer nicht näher bezeichneten essentiellen Hypertonie (ICD-10 I10.9).

Die Beschwerdeführerin sei in einem agitiert-depressiven Zustand mit fraglich psychotischem Erleben in die Klinik eingetreten. Zu Beginn des stationären Aufenthaltes habe sie sich müde und stark verängstigt gezeigt. In der Exploration habe sie herausgestellt, dass die Beschwerdeführerin durch Konflikte innerhalb der Familie seit etwa einem Jahr zunehmende Ängste entwickelt, diese jedoch niemandem gegenüber geäußert habe. Mit Hilfe der antipsychotischen Medikation habe sie deutlich stabilisiert werden können, und nach Aufdosierung von Duloxetin habe sich auch die depressive Symptomatik verbessert. Letztlich habe sie in gebessertem Zustand in die alten Verhältnisse entlassen werden können.

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht attestiert (Urk. 6/19/4) . 2 .3

Im von der IV-Stelle eingeholten Bericht vom 6. Mai 2016 (Urk. 6/10) nannte Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und behandelnde Psychiaterin, nebst den Diagnosen des Diabetes mellitus und der Hypertonie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3).

Seit 2011 sei die Beschwerdeführerin bei ihr in ambulanter Behandlung mit Konsultationen alle 2 bis 3 Monate. Der Zustand habe sich gebessert und es sei der Abschluss der Behandlung in Betracht gezogen worden. Mitte Mai 2015 sei eine Verschlechterung des Zustandes mit Stimmenhören (man werde sie umbringen), Ängsten und depressiver Stimmung eingetreten. Die Erhöhung der Medikation habe dann jedoch zum Abklingen der psychotischen Symptomatik geführt und die Stimmung habe sich allmählich gebessert. Aktuell seien keine Zwänge und Phobien nachweisbar; die Stimmung sei gedrückt, die Beschwerdeführerin präsentiere sich ratlos und ängstlich

(Urk. 6/10/2).

Ihre Anpassungsfähigkeit sei stark eingeschränkt. In neuen Situationen sei sie fast handlungsunfähig. Sie sei nicht belastbar. Im Haushalt funktioniere sie nur noch mit der Unterstützung ihres Ehemannes. Sehr wahrscheinlich sei sie nicht mehr in der Lage, alleine zu wohnen (Urk. 6/10/3).

Es seien ihr lediglich noch sehr gut überschaubare, wiederholende und einfache Arbeiten für ein paar Stunden in der Woche möglich. Letztlich könne aber nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (Urk. 6/10/3). 2 .4

Dr. med. C.____, Praktischer Arzt und Hausarzt der Beschwerdeführerin, stellte im Bericht vom 1. Juni 2016 (Urk. 6/13) nebst den bisherigen Diagnosen neu jene einer Polymyalgie und eines Fibromyalgie-Syndroms. Die Beschwerdeführerin arbeite seit 5 bis 6 Jahren nicht mehr wegen der psychischen Erkrankung. Dazu würden körperliche Beschwerden wie die Polymyalgie, die Fibromyalgie, der Diabetes mellitus und die arterielle Hypertonie kommen (Urk. 6/13/2). Die bisherige Tätigkeit als Unterhaltsreinigerin sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (Urk. 6/13/3). 2 .5

2 .5.1

Am 27. Oktober 2016 erstattete das Z.____ das polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/32) in den Bereichen Psychiatrie,

Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin. 2 .5.2

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 28. September 2016 (Urk. 6/32/29-39) erhob Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende (mittelgradige) depressive Störung mit synthymen psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.30; Urk. 6/32/32 und Urk. 6/32/35). Unter dem Titel „psychiatrischer Befund“ erwähnt er, dass das Kontaktverhalten unauffällig sei und keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation bestünden. Im Verlauf der rund 45 Minuten dauernden Exploration hätten die Aufmerksamkeit, die Ausdauer und das Konzentrationsvermögen nicht nach gelassen.

Formalgedanklich sei die Beschwerdeführerin rege, keineswegs depressiv gehemmt oder gesperrt. Im inhaltlichen Denken zeige sich eine vermehrte Beschäftigung mit negativen Kognitionen, Ängsten, Unsicherheiten und Insuffizienzgefühlen. Psychotische Denkinhalte würden sich im psychopathologischen Befund nicht zeigen. Die Beschwerdeführerin berichte aber von intermittierend auftretenden akustischen Halluzinationen in Form von menschlichen Stimmen. Gestik, Mimik und Spontanmotorik seien vermindert und würden Stimmung und Affekt stets synthym unterstreichen. Die Affektlage sei eher zum depressiven Pol verschoben. Eine Depressivität im engeren Sinn liege jedoch nicht vor. So sei sie in der Lage, Freude zu empfinden;

jedemfalls sei diese Fähigkeit nicht vollständig aufgehoben. Bemerkenswert sei allerdings, dass die Beschwerdeführerin nur ein einziges Mal gelächelt habe. Ein vollständiger Interessenverlust liege ebenso wenig vor wie ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen. Sie habe durchaus Interesse am Alltagsgeschehen und an Kontakten zu Familienangehörigen und Freunden. Letztlich zeige sie keine Veränderungsmotivation, was sie mit fehlender Hoffnung auf Besserung begründe. Sie erlebe sich als vollständig invalidisiert. Zur Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sei sie nicht motiviert (ausgeprägtes Insuffizienzgefühl; Urk. 6/32/32-34).

Die depressive Symptomatik sei mittelgradig ausgeprägt, da es auch tageweise (auch über mehrere Tage) Zustände gebe, in denen es der Beschwerdeführerin gut gehe (vgl. Urk. 6/32/6 und Urk. 6/32/35). Ausserdem würden ihre Angaben prinzipiell die Kriterien einer chronischen Depression erfüllen, da es im Jahre 2010 erstmals zu einer schweren depressiven Episode gekommen sei, sie sich seither in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde und trotz einer zwei zügeligen Psychopharmakotherapie mit einem potenten Neuroleptikum und einem modernen Antidepressivum immer wieder auftretende depressive und psychotische Symptome beschrieben habe, die Schwankungen unterworfen seien. Begünstigende Faktoren für die Chronifizierung würden wohl in der Primärpersönlichkeit der Beschwerdeführerin

liegen. Der auslösende Faktor der Erkrankung könne nicht mehr eruiert werden, weshalb von einer endogenen Depression auszugehen sei. Die von der Beschwerdeführerin beschriebene Problematik der Vergesslichkeit könne eine so genannte „depressive Pseudodemenz“ darstellen, bei der es durch das subjektive Insuffizienzgefühl zu Einschränkungen in den kognitiven Funktionen komme. In der Summe seien die psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit als vermindert einzuschätzen

(vgl. Urk. 6/32/35).

Die Einschränkung der Belastbarkeit für eine regelmässige Arbeit sei auf 30 % Restleistungsvermögen einzuschätzen, wobei eine zeitliche Einschränkung ebenfalls in Höhe von 30 % des Arbeitstages zu beachten sei. Diese Schlussfolgerung (von einer Restarbeitsfähigkeit von 9 % [vgl. Urk. 6/32/8-9]) gelte trotz der Einschätzung der Schwere der Depression als nur „mittelschwer“. Die scheinbare Diskrepanz erkläre sich durch die Chronifizierung der Depression über mehrere Jahre, was zu einer Abnahme der psychischen Ressourcen und somit zu einer Einschränkung der Coping-Strategien (individuelle Möglichkeiten zum Umgang mit Stress, Belastungen und Krisen) geführt habe. Die Wahrnehmungsschwelle für Stress sei krankheitsbedingt herabgesetzt und Insuffizienzgefühl sowie Unsicherheit hätten sich über die Jahre verfestigt. Rein deskriptiv liege somit zwar „nur“ eine mittelschwere Depression vor; deren Folgen für die Funktionsfähigkeit

und Kompetenzen der Beschwerdeführerin für eine regelmäßige Tätigkeit seien dennoch schwerwiegend (Urk. 6/32/35) .

Diese Einschätzung gelte sowohl für die bisherige Tätigkeit als auch für eine Verweisungstätigkeit. Dabei seien aber besondere Ansprüche an die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung und an die Merkfähigkeit zu vermeiden. Im Wesentlichen decke sich die hiesige gutachterliche Einschätzung mit jener der ambulanten Psychiaterin vor wenigen Monaten (vgl. Urk. 6/10/3) , welche sehr gut überschaubare, sich wiederholende und einfache Arbeiten für ein paar Stunden pro Woche für zumutbar gehalten habe (Urk. 6/32/37).

Vom Belastungsprofil her bestünden in Anlehnung an das Mini-ICF Beeinträchtigungen in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen (leicht), Planung und Strukturierung von Aufgaben (leicht), Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (schwer), Durchhaltefähigkeit (mittelgradig), Spontanaktivitäten (mittelgradig) und Selbstpflege (mittelgradig). In den Bereichen Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und familiäre beziehungsweise intime Beziehungen sowie Verkehrsfähigkeit bestünden keine wesentlichen Beeinträchtigungen (Urk. 6/32/37).

Unter dem Titel „Behandlungserfolg oder – resistenz“ führte der Psychiater aus , trotz kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung sei bisher nur eine Teilremission erreicht worden .

Es stelle sich allerdings die Frage, ob der medikamentöse Therapieansatz gewechselt oder modifiziert werden sollte, um eine weitere Symptomsuppression und psychische Stabilisierung zu erreichen (Urk. 6/32/36).

Was die persönlichen Ressourcen anbelange, verfüge die Beschwerdeführerin über ausreichende Ressourcen in den Komplexen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung und Interaktionskompetenz. Es bestehe keine Beeinträchtigung der Affektsteuerung, Selbstwertregulation, Intentionalität, Antrieb und Regressionsfähigkeit seien erhalten. Sie sei jedoch kaum in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren (Urk. 6/32/36).

Des Weiteren nehme die Beschwerdeführerin ihre ambulante Behandlung auf psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachgebiet regelmässig wahr. Ein Leidensdruck sei insofern spürbar (Urk. 6/32/37).

Prognostisch sei die Invalidität überzeugung der Beschwerdeführerin als ungünstig einzustufen. Auch die eingetretene Chronifizierung der depressiven Erkrankung stelle einen ungünstigen prognostischen Faktor dar. Gesamthaft betrachtet sei die Prognose als zurückhaltend zu werten. Mit einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei wohl nicht zu rechnen (Urk. 6/32/37-38). 2 .5.3

Im rheumatologischen Fachgutachten vom 19. September 2016 (Urk. 6/32/23-28) wurden aus somatischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben (Urk. 6/32/26). Es bestünden keine Hinweise auf eine inflammatorische Grunderkrankung des Bewegungsapparates. Ein Fibromyalgiesyndrom könne nicht diagnostiziert werden. Die Klassifikationskriterien hier für seien nicht erfüllt. Basierend auf den durch die Beschwerdeführerin mitgebrachten Computertomographieaufnahmen der Halswirbelsäule vom 25. Januar 2006 sei davon auszugehen , dass auf der Grundlage einer damals

nachweisbar gewesen an beginnenden degenerativen Diskopathie, insbesondere des Bewegungssegmentes C5/6,

ein leichtgradiges zervikospöndylogenes Syndrom bestehe. Das Zervikalsyndrom sei im Moment nicht klinisch aktiv und führe auch nicht zu einer Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Daher könne aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Es bestünden auch keine rheumatologisch begründbaren Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Dies gelte seit jeher (Urk. 6/32/26-27). 2 .5.4

Im internistischen Fachgutachten vom 6. Oktober 2016 (Urk. 6/32/17-22)

wurden ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der Gutachter der Z.____

erklärte, es bestünden keine internistischen Einschränkungen, welche die Arbeitsfähigkeit signifikant beeinträchtigen würden (Urk. 6/32/21). 2 .5.5

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, aus internistischer und rheumatologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht errechne sich bei einem Restleistungsvermögen in Bezug auf die Belastbarkeit für eine regelmässige Arbeit von 30 % und einer zeitlichen Einschränkung ebenfalls in Höhe von 30 % des Arbeitstages eine Restarbeitsfähigkeit von circa 9 %. Die Arbeitsfähigkeit sei in jeglicher Tätigkeit deutlich eingeschränkt. Zumutbar sei lediglich eine Tätigkeit von wenigen Stunden pro Woche (Urk. 6/32/8-9). 2 .6

In der Stellungnahme vom 3. November 2016 (Urk. 6/35 /4) hielt der RAD-Arzt Dr. med.

E.____, Facharzt für Anästhesiologie und zertifizierter Gutachter SIM, fest, die Beurteilung einer 90%igen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer mittelschweren Depression sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ohne Weiteres plausibel. Der psychiatrische Gutachter der Z.____ begründe seine Beurteilung mit der Chronifizierung der Depression über mehrere Jahre, was zu einer Abnahme der psychischen Ressourcen und zu einer Einschränkung der Coping-Strategien geführt habe. Der begutachtende Psychiater meine, die Folgen für die Funktionsfähigkeit und Kompetenzen der Beschwerdeführerin für eine regelhafte Tätigkeit seien schwerwiegend. Eine eigene Beurteilung gab er nicht ab.

In der Folge kam die IV-Stelle zum Schluss, die im Gutachten erhobene Diagnose könne nicht vollständig nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin verfüge über ausreichende Ressourcen, könne diese jedoch aufgrund der fehlenden Willenskraft nicht umsetzen. Da sie nur einmal im Monat zur psychiatrischen Behandlung gehe, liege nur ein verminderter Leidensdruck vor, und die Aussage, dass die Ressourcen nicht verwertet werden könnten, sei nicht nachvollziehbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit vollumfänglich ausüben und auch in Haushaltsbereich, den sie auf 74 % veranschlagte (Urk. 6/35/2), seien keine grösseren Einschränkungen ausgewiesen (Urk. 6/35/4-5).

2 . 7

Im Arztbericht vom 18. November 2016 (Urk. 6/34) nannte der Hausarzt Dr. C.____ nebst den bisherigen Diagnosen die Diagnosen eines allgemeinen Erschöpfungssyndroms (ICD-10 T73.3), einer Schlafstörung (ICD-10 G47.0) und eines Zervikalsyndroms mit multipen Muskelschmerzen (ICD-10 F45.41). Zudem bekräftigte er im Gegensatz zum Gutachten des

Z.____

die Diagnose einer Fibromyalgie (ICD-10 M79.7; Urk. 6/34/1). Er bestätigte erneut, dass er eine berufliche Tätigkeit nicht mehr für zumutbar halte und keine Chance auf Besserung sehe (Urk. 6/34/3). 2.8

Nachdem die Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid vom 12. Dezember 2016 (Urk. 6/36) Einwand erhoben hatte (Urk. 6/40), führte eine Fachexpertin der Beschwerdegegnerin am 22. Februar 2017 eine Indikatorenprüfung durch. Dabei gelangte sie zum Ergebnis, dass die Befunde im Gutachten des Z.____ nicht für eine schwere, chronifizierte Erkrankung sprechen. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus sei nicht ausgewiesen. Die Mini-ICF im psychiatrischen Gutachten sei nicht erklärt worden und nicht ganz nachvollziehbar. Behandlungsoptionen seien noch vorhanden (Urk. 6/41/3). In einer gemeinsamen Besprechung mit dem Juristen

F.____

führte die Fachexpertin an, dass im Gutachten nicht begründet worden sei, warum Therapieoptionen nichts in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bringen würden. Die letzte stationäre Behandlung habe die gesundheitliche Situation ja auch verbessert (Urk. 6/41/4).

Gleichzeitig wurde die Beschwerdeführerin neu als Vollerwerbstätige qualifiziert (Urk. 6/41/1). 3.

3.1

Das Gutachten des Z.____ erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten. Es wird von der Beschwerdeführerin denn auch zu Recht nicht in Frage gestellt, und es gibt keinen Grund, weshalb nicht darauf abzustellen wäre, soweit es die Feststellung des medizinischen Sachverhalts betrifft.

Damit steht unbestrittenermassen fest, dass die Beschwerdeführerin keine somatischen Beeinträchtigungen aufweist, die sie in der Arbeitsfähigkeit einschränken. Mit überzeugender Begründung wurde auch das Vorliegen einer Fibromyalgie verneint (Urk. 6/32/26); das Festhalten an dieser Diagnose durch den Hausarzt Dr. G.____ im Bericht vom 18. November 2016 (Urk. 6/34/1) ohne jede Begründung vermag die gutachterliche Beurteilung nicht zu entkräften. 3.2

Streitig und zu prüfen ist die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Dabei ist der IV-Stelle beizupflichten, dass die Schlussfolgerung im Gutachten, die

Beschwerdeführerin sei zu gut 90 % arbeitsunfähig, weder mit der erhobenen Diagnose einer mittelschweren Depression noch mit den dargestellten Befunden übereinstimmt. Begründet wurde diese Arbeitsunfähigkeit denn auch nur mit der Chronifizierung des Leidens und der dadurch herabgesetzten Ressourcen. Die Indikatorenprüfung, wie sie bereits die Fachexpertin der IV-Stelle vorgenommen hat, ergibt ein anderes Bild.

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist zum Komplex «Gesundheitsschädigung» festzuhalten, dass eine mittelgradig ausgeprägte Depression vorliegt, die seit Jahren besteht und sich chronifiziert hat. Sie entstand ohne auslösenden Faktor, ist also endogen. Sie bewirkt möglicherweise eine so genannte depressive Pseudodemenz, bei der subjektive Insuffizienzgefühle zu Einschränkungen in den kognitiven Funktionen führen (Urk. 6/32/10). Ansonsten ist die Beschwerdeführerin im Alltag nicht massgeblich eingeschränkt.

Sie ist für ihre Körperpflege besorgt, erledigt die körperlich nicht belastenden Haushaltsarbeiten selbständig, tätigt Einkäufe, bereitet sich selbständig ein – kaltes – Mittagessen zu, geht spazieren, trifft sich mit Freundinnen oder telefoniert mit ihnen. Ausserdem fährt sie mit der Familie in die frühere Heimat in die Ferien (Urk. 6/32/18, 6/32/24, 6/32/30, 6/32/33 und 6/33/2). Die einzige Einschränkung, die möglicherweise auf die depressionsbedingte Vergesslichkeit zurückzuführen ist, ist der Umstand, dass sie dem Wunsch ihres Mannes entsprechend den Herd nicht betätigt, wenn sie allein ist (Urk. 6/32/18).

Psychosoziale Faktoren liegen nicht vor, ebenso wenig Aggravation oder Simulation. In der psychiatrischen Exploration zeigte sich die Beschwerdeführerin freundlich, der Kontakt konnte aufrechterhalten bleiben, die Fragen beantwortete sie offen und ohne Vorbehalte, Aufmerksamkeit und Konzentration liessen nicht nach und weder in der Merkfähigkeit noch im Kurz- und Langzeitgedächtnis waren Einschränkungen feststellbar (Urk. 6/32/33). Die psychotherapeutische Behandlung, die die Beschwerdeführerin seit Jahren etwa einmal monatlich in Anspruch nimmt, hatte eine gewisse Stabilisierung und eine Teilremission bewirkt, eine vollständige Remission konnte auch in fünfjähriger Behandlung nicht erreicht werden (Urk. 6/32/36), wobei der Gutachter einen Medikamentenwechsel durchaus erwägen würde.

Komorbiditäten liegen keine vor.

Persönliche Ressourcen sind gemäss Gutachten ausreichend vorhanden, können mangels Willenskraft aber nicht mobilisiert werden (Urk. 6/32/36). Die Beschwerdeführerin lebt in einer intakten Familie, der Ehemann, die Söhne und die Schwiegertochter unterstützen sie. Zudem hat sie einen zwar kleinen, aber engen Freundeskreis mit regelmässigen telefonischen und persönlichen Kontakten.

Was unter der Kategorie «Konsistenz» die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen betrifft, ist insbesondere auf die Schilderung der Beschwerdeführerin zu ihrem Alltag, wie sie oben dargestellt wurde, zu verweisen. Sie ist in der Lage, körperlich nicht anstrengende Haushaltsarbeiten zu erledigen, geht spazieren, trifft sich mit ihren Freundinnen und besorgt Einkäufe. Ein ausgeprägter Leidensdruck ist aufgrund der niedrigen Therapiefrequenz und des Umstandes, dass sie manchmal vergisst, die Medikamente zu nehmen, nicht ausgewiesen.

Zusammenfassend ist daher mit der IV-Stelle im Rahmen der Indikatorenprüfung festzuhalten, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin nicht über ausreichend Ressourcen verfügt, um einer Erwerbstätigkeit mindestens im bisherigen Umfang nachzugehen. 3.3

Aus internistischer (Urk. 6/32/21) und rheumatologischer (Urk. 6/32/26-27) Sicht wurde der Beschwerdeführerin für die Tätigkeit als Unterhaltsreinigerin keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Damit besteht auch für die Tätigkeit im Haushalt keine somatisch bedingte Einschränkung, die eine Mithilfe der Angehörigen bewirken würde, die über die normale Mithilfe im Rahmen der Schadenminderungspflicht hinausgehen würde. Eine Einschränkung der Haushaltstätigkeit aus psychischen Gründen ist aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin höchstens im Bereich der Essenszubereitung anzunehmen, da sie aus Angst, den Herd nicht abzustellen, nicht kocht, wenn sie alleine ist. Daraus resultiert im Haushaltsbereich auf jeden Fall keine rentenbegründende Invalidität. Es kann daher offenbleiben, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin einer aus

serhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde, da weder im Tätigkeitsbereich als Raumpflegerin noch in der Haushaltstätigkeit eine massgebliche Beeinträchtigung besteht, die Anspruch auf eine Invalidenrente geben würde.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtsens und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur. O.____ - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

E. 4

).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen (Urk. 6/5, Urk. 6/

E. 9

, 6/10, Urk. 6/13, Urk. 6/34) und liess die Versicherte polydisziplinär internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch durch das Z.____

begutachten (Gutachten vom 27. Oktober 2016; Urk. 6/32).

Gestützt auf die Abklärungsergebnisse und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 3. November 2016 (RAD; Urk. 6/35/3-4)

stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2016 (Urk. 6/36) mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades

die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Dr. iur.

O.____, am 25. Januar 2017 Einwand erheben und eine ganze Rente beantragen (Urk. 6/40). Die IV-Stelle holte eine Stellungnahme ihrer Fachexpertin vom 22. Februar 2017 (Urk. 6/41/2-3) ein und verneinte mit Verfügung vom 2. März 2017 (Urk. 2) wie angekündigt den Anspruch auf eine Invalidenrente.

Hiergegen liess X.____ am 15. März 2017 Beschwerde (Urk. 1) führen mit den Rechtsbegehren, die Verfügung der IV-Stelle vom 2. März 2017

sei aufzuheben

und es sei ihr

eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2017 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Am 15. Mai 2017 liess die Versicherte eine ergänzende Stellungnahme (Urk. 8) samt Beilage einreichen (Urk. 9). Mit Eingabe vom 9. Juni 2017 (Urk. 11) verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik, was der Versicherten am 12. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 12

).

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

E. 16

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben im Aufgabenbereich tätig sind, wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

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