

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00324 vom 23. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00324

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00324 du 23 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00324 del 23 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war seit Juli 1994 bei der Y.____ (Betrieb des Ehemannes) als kaufmännische Angestellte in einem 60%-Pensum angestellt (Urk. 7/11). Am 1. Oktober 2014 verstarb der einzige Sohn der Versicherten infolge eines Unfalls (Urk. 7/14 S. 6).

Am 18. Juni 2015 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf eine Trau matisierung durch den Todesfall des Sohnes zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/6). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/14, Urk. 7/18 und Urk. 7/19) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten (IK-Auszug, Urk. 7/15) ein und ersuchte die Arbeitgeberin um Auskünfte (Arbeitgeberbericht vom 9. Juli 2015, Urk. 7/11). In der Folge ver anlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung durch die Z.____, über welche am 11. Mai 2016 berichtet wurde, (Urk. 7/26) und erforderte eine aktenbasierte Einschätzung des Regionalen Ärzt lichen Dienstes (RAD). Dr. med. A.____, Allgemeine Medizin, nahm am 17. Juni 2016 Stellung (Urk. 7/39). Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2016 stellte die IV-Stelle eine Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/30). Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 7. November 2016 sowie ergänzend am 6. Januar 2017 Einwand (Urk. 7/33 und Urk. 7/42). Mit Verfügung vom 13. Februar 2017 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschieden den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)). Sie kann Folge von Geburtsgebre chen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invaliden versicherung (IVG)). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der kör perlichen, 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 Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In 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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

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).

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.5

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

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. März 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 13. Februar 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Klärung der Frage nach der Chronifizierung respektive Therapieresistenz an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2017 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 8. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 13. Februar 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass das psychische Leiden der Beschwerdeführerin auf den tragischen Verlust ihres Sohnes zurückzuführen sei. Es liege zwar eine gesundheitliche Einschränkung vor, jedoch würde diese keine Rentenleistung begründen, da die dargelegte Symptomatik zu wenig schwerwiegend sei. Ein psychisches Leiden falle invalidenrechtlich nur in Betracht, wenn es erwiesenermassen therapieresistent sei. Störungen aus dem depressiven Formenkreis seien in der Regel therapierbar und würden invalidenrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Aus den Unterlagen ergebe sich, dass die in Anspruch genommene Trauertherapie sowie die Selbsthilfegruppe hilfreich seien. Es sei daher auch weiterhin von positiven Therapieergebnissen auszugehen. Eine Therapieresistenz sei entsprechend zu verneinen.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 16. März 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, sie leide an einer andauernden mittel- bis schwergradig ausgeprägten depressiven Episode und trotz adäquater Therapie und intensiver Bemühungen wie dem Besuch einer Selbsthilfegruppe und dem wiederholten Versuch, in besseren Phasen Arbeit im Geschäft und im Haushalt zu verrichten, sei es zu keiner entscheidenden Verbesserung der Symptomatik gekommen. Die Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine Invalidenrente seien entsprechend erfüllt. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerdegegnerin von nicht invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkungen ausgehen könne. Die Beschwerdegegnerin setze sich weder mit dem Gutachten noch mit dem fachärztlich ausgewiesenen Beschwerdebild und der

unbestrittenen Diagnose auseinandersetzen. Mit den undifferenzierten und unbelegten Behauptungen verstosse sie gegen ihre Begründungspflicht. Des Weiteren hätte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Untersuchungsmaxime vor Erlass der Verfügung abklären müssen, ob die erhoffte Verbesserung des Gesundheitszustands und die damit einhergehende Steigerung der Arbeitsfähigkeit eingetreten oder ob definitiv von einer Chronifizierung auszugehen sei. Dies umso mehr, als im Zeitpunkt der Verfügung bereits gut zehn Monate seit der Begutachtung vergangen seien.

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2017 (Urk. 6) vertrat die Beschwerdegegnerin die Auffassung, psychosoziale Belastungsfaktoren seien bei der Feststellung einer anspruchrelevanten Beeinträchtigung der Gesundheit nicht zu berücksichtigen. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen würden, desto ausgeprägter müsse eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert sein. Vorliegend würden psychosoziale Belastungsfaktoren klar im Vordergrund stehen. Sämtliche Befunde und Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien unmittelbar auf den Tod ihres Sohnes und das juristische Nachspiel zurückzuführen. So leide die Beschwerdeführerin an einer ausgeprägten Trauerreaktion, verstärkt durch subjektiv empfundene ungerechte Behandlung durch Versicherungen und Behörden. Dabei handle es sich um ein eindeutig reaktives Geschehen und es liege noch kein eigenständiges inneres Leiden vor. Selbst wenn davon auszugehen sei, dass es sich um ein von psychosozialen Belastungsfaktoren unabhängiges Krankheitsgeschehen handeln würde, sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen, da die Behandlungsmöglichkeiten klar nicht ausgeschöpft würden. So sei die Beschwerdeführerin weder in fachärztlicher therapeutischer Behandlung, noch finde eine medikamentöse Therapie statt.

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 3

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

E. 3.1

In medizinischer Hinsicht lagen der Rentenverfügung vom 13. Februar 2017 im Wesentlichen das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten der Z.____ vom 11. Mai 2016 (Urk. 7/26) sowie die Berichte der die Beschwerdeführerin behandelnden Fachpersonen (Urk. 7/14, Urk. 7/18 und Urk. 7/19) zu Grunde.

E. 3.2

Am 1. Oktober 2014 hat die Beschwerdeführerin ihren einzigen Sohn durch einen Unfalltod verloren. Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete, dass dieses Ereignis bei der Beschwerdeführerin zu einer schwersten psychischen Erkrankung geführt habe und sie seither in psychologischer Betreuung bei C.____, Psychologin, stehe (vgl. Bericht vom 13. Juli 2015; Urk. 7/14). Diese schilderte zu Händen der IV-Stelle (vgl. Bericht vom 20. Juli 2015; Urk. 7/18), aufgrund der tiefen Depression, der Angstzustände, des Schocks und der Traumata sei die Beschwerdeführerin seit dem Tod ihres Sohnes (1. Oktober 2014)

vollständig arbeitsunfähig. Im wöchentlichen Rhythmus nehme sie psychologische Beratung und Akupunktur-Massagen in Anspruch. Die zukünftige Entwicklung sei schwer vorherzusagen. Im Verlaufsbericht vom 28. September 2015 gab die Psychologin an, die Beschwerdeführerin sei während zwei Stunden pro Tag in ihrer bisherigen Tätigkeit arbeitsfähig, wobei ihre Leistungsfähigkeit um 80 % eingeschränkt sei (Urk. 7/19).

E. 3.3

Im April 2016 wurde die Beschwerdeführerin in der Z.____ psychiatrisch untersucht. Der begutachtende Arzt der Z.____ erstattete das Gutachten am 11. Mai 2016 (Urk. 7/26) und hielt folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 13): - andauernde depressive Episode, initial schwer, aktuell mittel- bis schwer gradig (ICD-10: F32.2).

Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin sei während der Begutachtung sichtlich um die Kontrolle ihrer Emotionalität bemüht gewesen. Trotzdem habe sie immer wieder tiefe Trauer über den Verlust des Sohnes und auch Wut und Unverständnis über das Vorgehen der Justiz gezeigt. Daneben habe sie einen besonnenen Eindruck gemacht. Das Bewusstsein der Beschwerdeführerin sei klar und die Orientierung zu allen Qualitäten voll erhalten. Die Auffassung, Konzentration und Gedächtnisfunktionen würden der Norm entsprechen. Ihre Gedankengänge seien nachvollziehbar, differenziert und mit guter Introspektionsfähigkeit. Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen seien keine ersichtlich. Die Beschwerdeführerin habe Ängste und Befürchtungen betreffend die Gestaltung ihres weiteren Lebens. Die Grundstimmung sei affektiv gedämpft und es sei eine deutliche Trauer spürbar, die Modulation sei jedoch weitgehend erhalten. Es bestehe eine mittelgradige Störung der Vitalgefühle und eine gewisse Perspektivlosigkeit nach dem Verlust des Sohnes sei spürbar. Neben der Trauer seien beim Thema Justiz auch Enttäuschung und Wut spürbar. Gelegentlich habe sie auch Schuldgefühle (vor allem dann, wenn sie sich etwas gönnen wolle und das Gefühl aufkomme, das sei nicht angebracht nach dem Tode ihres Sohnes). Der Antrieb im Gespräch sei unauffällig, anamnestisch weitgehend vermindert. Sie habe aggressive Gefühle gegenüber dem «verantwortlichen Arbeiter» im Sinne des Wunsches, er möge bestraft werden. Für Selbst- oder Fremdgefährdung gebe es keine Anhaltspunkte. Die unmittelbar nach dem Todesfall aufgetretenen passiven Todeswünsche seien mittlerweile verschwunden (Urk. 7/26 S. 8).

In Bezug auf die Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde äusserte der Gutachter, primär offensichtlich sei die alles überschattende Trauer, wobei diese zeitentsprechend (fast 1 ½ Jahre nach dem Ereignis) nicht mehr ständig vordergründig dominant sei.

Psychopathologisch fänden sich ein ausgeprägter Interessenverlust, eine generelle Freudlosigkeit sowie die meiste Zeit ein erheblicher Antriebsmangel und auch erhöhte Ermüdbarkeit. Zudem bestehe anamnestisch eine erhebliche Konzentrationsverminderung, auch wenn diese im Gespräch nicht zutage trete. Die Zukunftsperspektiven seien unklar. Aktuell gelinge es der Beschwerdeführerin nicht, sich eine sinnvolle Zukunft vorzustellen (Urk. 7/26 S. 8f.). Des Weiteren führte der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin leide durchschnittlich an sechs von sieben Tagen unter ausgeprägter Antriebslosigkeit. Zwar sei sie im Vergleich zu früher zumindest in der Lage, nach einer gewissen Zeit aufzustehen, es gelinge ihr aber nicht, dann etwas Sinnvolles zu tun. Der Haushalt bleibe liegen, ihre Zeit verrinne bei Erinnerungen an ihren Sohn (z.B. Fotos anschauen). An besseren Tagen sei der Antrieb zwar vorhanden und die Beschwerdeführerin fühle sich motiviert, anstehende Aufgaben im Haushalt zu erledigen, immer wieder würden jedoch schwere Konzentrationsstörungen auftreten, sodass sie dann die Aufgaben doch nicht erledigen

könne. Auch wenn sie sich bemühe, die sozialen Beziehungen nicht abbrechen zu lassen, sei sie häufig doch nicht in der Lage, gesellschaftliche Anlässe, wie Treffen mit Freunden, wahrzunehmen. Alle diese Einschränkungen würden sie auch mit Selbstvorwürfen erfüllen. Der Gutachter bemerkte, dass sämtliche erwähnten Befunde und Einschränkungen unmittelbar auf den Tod des Sohnes und das juristische Nachspiel zurückzuführen seien (Urk. 7/26 S. 9). Selbst die Beschwerdeführerin führe ihre Einschränkungen eindeutig auf das Verlusterlebnis zurück (Urk. 7/26 S. 10).

Hinsichtlich der vorhandenen persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin hielt der Gutachter sodann fest, Ressourcen würden in der grundsätzlich stabilen Persönlichkeit mit ihren zur Verfügung stehenden Bewältigungs- und Copingmechanismen liegen. Weitere Ressourcen seien ihr Wille, wieder gesund und leistungsfähig zu werden. Eine wesentliche Ressource stelle ausserdem die Unterstützung durch den Ehemann und auch durch die nahen Familienfreunde dar (Urk. 7/26 S. 11).

Schliesslich bemerkte der Gutachter zusammenfassend, mit gedrückter Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Antriebsverminderung seien die Hauptkriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 erfüllt. Hinzu kämen eine stark verminderte Konzentration, negative Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Die funktionellen Auswirkungen seien vor allem bedingt durch die erhebliche Antriebsminderung sowie die deutliche Konzentrationsverminderung. Diese allgemeine Energieverminderung führe zu einer deutlichen Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung, wobei sich diese nicht nur in der angestammten Tätigkeit zeige, sondern den gesamten Lebensbereich der Beschwerdeführerin, sprich auch die sozialen Aktivitäten, umfasse. Frühere Hobbies würden nicht mehr wahrgenommen werden. Der Symptomkomplex habe sich in den letzten 1 ½ Jahren zwar leicht vermindert, verunmögliche jedoch nach wie vor ein «normales» Leben und insbesondere eine konstante, qualitativ genügende Arbeitsleistung. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege ein eindeutig reaktives Geschehen vor. Hätte ihr Sohn diesen Unfall nicht erlitten, wäre sie nicht in dieser psychischen Verfassung. Angesichts der Tatsache, dass doch in den letzten Monaten eine Verbesserung zu beobachten sei, habe zumindest noch keine Chronifizierung stattgefunden, so dass noch kein eigenständiges inneres Leiden vorliege. Die Beschwerdeführerin leide an einer ausgeprägten Trauerreaktion, verstärkt durch subjektiv empfundene ungerechte Behandlung durch Versicherungen und Behörden. Die Dauer dieser Trauerreaktion sei jedoch noch nicht als pathologisch zu beurteilen (Urk. 7/26 S. 13f.). Aufgrund des Gesagten sei die aktuelle Arbeitsfähigkeit im einstelligen Prozentbereich anzusiedeln. Auch diese kleine Arbeitsfähigkeit sei nicht konstant abrufbar und könne somit im ersten Arbeitsmarkt nicht verwertet werden. Angesichts der bis jetzt stattgehabten leichten Verbesserung der Symptomatik gehe er von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bis zur Grössenordnung von 50 % innerhalb eines Jahres aus (Urk. 7/26 S. 17f.).

E. 3.4

Zu den gesamten Vorakten nahm RAD-Arzt Dr. A. ___ am 17. Juni 2016 Stellung (Urk. 7/39). Er konstatierte, es sei ein klar reaktives Geschehen gegeben. Aufgrund der gedrückten Stimmung, des Interesseverlustes, der Freudlosigkeit und der Antriebsminderung, der verminderten Konzentration, der negativen Zukunftsperspektiven und der Schlafstörung sei die Beschwerdeführerin so massiv eingeschränkt, dass sie keine konstante Leistung erbringen könne. Sie sei sowohl in der Erwerbstätigkeit als auch im

Haushalt nur marginal (unter 10 %) einsatzfähig. Unter Weiterführung der regelmässigen Psychotherapie und Besuch der Selbsthilfegruppe könne aber eine kontinuierliche weitere Besserung erreicht werden, sodass in 12 bis 18 Monaten mit einer Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne.

E. 3.5

Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen weiten Verlaufsbericht der behandelnden Psychologin vom 5. Dezember 2016 zu den Akten (Urk. 7/41). Darin erklärte sich C. ___ sowohl mit dem Gutachten der Z. ___ (vgl. E. 3.3) als auch mit der Beurteilung des RAD-Arztes (vgl. E. 3.4) einverstanden. Sie führte ausserdem aus, dank der Therapie funktioniere die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag wieder, wenn auch nur beschränkt. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei gut und ein medizinisch begründbares Leiden liege nicht vor, dennoch sei die Beschwerdeführerin nur unregelmässig und stundenweise arbeitsfähig. Es sei fraglich, ob die Trauer für die Beschwerdeführerin jemals leichter zu ertragen sei. 4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten der Z. ___ vom 11. Mai 2016 (Urk. 7/ 26) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem psychiatrischen Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5). 4.2

Die Beschwerdeführerin leidet unter keiner invalidisierenden somatischen Erkrankung. Die von ihr geltend gemachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit basiert ausschliesslich auf der psychischen Symptomatik. Angesichts der psychiatrischen Diagnose einer andauernden mittel- bis schwergradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.2) und in Anbetracht dessen, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.), ist die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand des in BGE 141 V 281 auf gestellten Katalogs von Indikatoren vorzunehmen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1). Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei

insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6 S. 307 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_126/2018 vom 6. Juli 2018, E. 2.2.2). 4.3

Hinsichtlich des Komplexes der Gesundheitsschädigung ergibt sich, dass der psychiatrische Gutachter aufgrund der Symptome (ausgeprägter Interessenverlust, generelle Freudlosigkeit, erheblicher Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit sowie anamnestisch jedoch nicht objektivierbare erhebliche Konzentrationsverminderung) eine mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10: F32.2)

diagnostizierte (vgl. E. 3.3), wobei diese Diagnose von der behandelnden Psychologin bestätigt wurde (vgl. E. 3.5). Sowohl der begutachtende Psychiater als auch die behandelnde Psychologin verweisen ausdrücklich darauf, dass es sich um eine ausgeprägte Trauerreaktion infolge des Unfalltodes des Sohnes der Beschwerdeführerin handelt. Die behandelnde Psychologin gibt ausserdem an, dass kein medizinisch begründbares Leiden vorliegt. Nach Angaben des Gutachters hat keine Chronifizierung des depressiven Leidens stattgefunden. Im Gegenteil habe sich im Vergleich zur Zeit unmittelbar nach dem Unfalltod des Sohnes eine merkliche Verbesserung, sprich eine Verminderung der Heftigkeit der Trauer und Verzweiflung, ergeben (vgl. Urk. 7/26 S. 11). Ungeachtet des Schweregrades der gestellten Diagnose ist somit zu vermerken, dass der Gutachter die Trauerreaktion als nicht krankheitswertig einstuft. Die von ihm als erheblich bezeichneten Symptome stützen sich ausserdem nur teilweise auf objektiv erhobene Befunde. So nennt er als wesentliche funktionelle Auswirkungen (Urk. 7/26/8f.) vor allem den erheblichen Antriebsmangel (durchschnittlich an sechs von sieben Tagen), die erhöhte Ermüdbarkeit und erhebliche Konzentrationsstörungen, die sich jedoch in der Befunderhebung nicht widerspiegeln, sondern hauptsächlich auf Schilderungen der Beschwerdeführerin beruhen. Eine starke Ausprägung dieser Symptomatik ist daher nicht durch objektive Befunde dargetan, zumal sich der Gutachter nicht mit dem noch erhaltenen Aktivitätsniveau (die Beschwerdeführerin versucht viermal pro Woche ins Fitnesstraining zu gehen, muss die Ferien aktiv gestalten, erledigt – ab und zu – Haushaltsarbeiten und Bürotätigkeit für die Firma des Ehemannes; vgl. Urk. 7/26/5, Urk. 7/26/7) auseinandersetzt oder dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin über keine vorgegebene Tagesstruktur verfügt. 4.4

Weitere wichtige Indikatoren für die Ermittlung der Schwere eines Gesundheitsschadens sind Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien. Scheitern lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführte Therapien, deutet dies auf eine negative Prognose hin (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Hinsichtlich des Therapieverlaufs weist der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bei einer Psychologin in wöchentlicher Behandlung sei. Eine pharmakologische Behandlung erfolge nicht. Nach Angaben der Beschwerdeführerin

würde ihr die Gesprächstherapie guttun, wirklich helfen würde sie jedoch auch nicht (Urk. 7/26 S. 7). Angesichts der Tatsache, dass weder eine ambulante, teilstationäre oder stationäre psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen wurde, noch eine medikamentöse Therapie stattfand, kann nicht auf eine besondere Schwere der psychischen Gesundheitsstörung geschlossen werden. 4.5

Hinsichtlich der Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (Indikator «Komorbiditäten») ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Vorliegend bestehen weder körperliche noch psychische Begleiterkrankungen.

4.6

Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung (Komplex der Persönlichkeit, vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2), welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

Die sozialen Aktivitäten sind zwar eingeschränkt und die Beschwerdeführerin hat keine eigentlichen Hobbies, sie verfügt indessen über ein intaktes Familienleben und erhält Unterstützung durch ihren Ehemann und Familienfreunde. Im Rahmen der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe sich bemüht, sich sozial nicht zu sehr zurückzuziehen, was ihr auch weitgehend gelungen sei (Urk. 7/26 S. 6). Überdies geht sie bis zu viermal in der Woche in ein Fitness-Zentrum und macht gelegentlich Ferien mit ihrem Ehemann (vgl. Urk. 7/26 S. 7). Ausserdem weist der psychiatrische Gutachter zutreffend darauf hin, dass die Motivation der Beschwerdeführerin sehr hoch sei, was sich unter anderem im Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe zeige (Urk. 7/26 S. 12). Die Beschwerdeführerin selbst betonte während der Begutachtung, dass sie alles tue, um wieder gesund zu werden (Urk. 7/26 S. 6). Damit enthält der soziale Lebenskontext (Komplex « sozialer Kontext » ; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) durchaus Ressourcen, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass aus dem Gutachten hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin in allen Lebensbereichen eingeschränkt ist, mithin auch alle sozialen Aktivitäten beeinträchtigt sind (Urk. 7/26 S. 13). Andererseits wies die behandelnde Psychologin darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag wieder weitgehend funktioniere (vgl. E. 3.5). Fest steht, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor über gute soziale Kontakte verfügt und wie bereits ausgeführt gewissen Aktivitäten nachgehen kann. 4.7

Nach Gesagtem ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin eine – verselbständigte – psychische Störung mit wesentlichem und anhaltendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit besteht, womit eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung nicht ausgewiesen ist. Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 4.8

Demzufolge erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 5.

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Locher - 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 Hurst Stadler

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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 ver selbständigsten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad sei ner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend 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.