

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00800 vom 30. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00800](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00800)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00800 du 30 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00800 del 30 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1965 geborene X.\_\_\_\_ hat eine Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau HF abgeschlossen und war von November 2007 bis 2015 als Pflegefachfrau und Berufsbildnerin bei der A.\_\_\_\_ AG angestellt (Urk. 7/1, 7/2, 7/7 und 7/8/2). Unter Hinweis auf verschiedene psychische Probleme wie rasche Ermüdbarkeit und Panikattacken meldete sie sich am 13. Juli 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst einem aktuellen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/7) insbesondere die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/10) sowie diverse Arztberichte (Urk. 7/13 f., 7/16) ein. Überdies gab sie bei Dr. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 6. Juni 2016 vorgelegt wurde (Urk. 7/22). Nachdem die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 17. November 2016 die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente ab Januar 2016 in Aussicht gestellt hatte (Urk. 7/30), verfügte sie am 23. Juni 2017 in diesem Sinne (Urk. 7/38 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [ IVG ]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 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 in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung).

### **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 ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 22. Juli 2017 Beschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei dahingehend zu korrigieren, als ihr ein höherer monatlicher Rentenbetrag zuzusprechen sei (Urk. 1). Mit Schreiben vom 26. September 2017 verzichtete die IV-Stelle auf eine Stellungnahme (Urk. 6), worüber die Versicherte mit Verfügung vom 28. September 2017 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Mit Beschluss vom 31. August 2018 wurde sie vom hiesigen Gericht auf eine mögliche schlechtere Stellung im Urteilsfall hingewiesen (reformatio in peius; Urk. 9). Mit Eingabe vom 29. September 2018 hielt die Versicherte an ihren Anträgen fest (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2017 zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Erwägung, gemäss den Abklärungen sei der Versicherten keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar, weshalb ein Invaliditätsgrad von 100 % vorliege. Ab Januar 2016 - sechs Monate nach Geltendmachung des Anspruchs - bestehe Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 2 S. 3).

### **E. 2.2**

Mit Beschwerdeschrift vom 22. Juli 2017 machte die Versicherte zusammen gefasst geltend, der ihr monatlich zugesprochene Rentenbetrag sei zu tief ausge fallen (Urk.

1) . Diese Auffassung vertrat sie ebe nso in ihrer Stellungnahme vom 29. September 2018. Sie sei nicht bloss leicht depressiv und kämpfe nach wie vor mit ihrer Erkrankung. Die ihr zugesprochene Invalidenrente reiche zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht aus (Urk. 11).

### **E. 2.3**

Mit der verfügungsweisen Zusprechung einer unbefristeten Invalidenrente wird ein durch die Anspruchsberechtigung an sich sowie die Höhe und den Beginn der Leistung bestimmtes Rechtsverhältnis geordnet. Werden lediglich einzelne Elemente der Rentenfestsetzung wie beispielsweise der Invaliditätsgrad oder der Rentenbeginn beanstandet, bedeutet dies nicht, dass die unbestrittenen Teilaspekte in Rechtskraft erwachsen und demzufolge der richterlichen Überprüfung entzogen sind. Die Beschwerdeinstanz prüft vielmehr von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen und nimmt allenfalls selber zusätzliche Abklärungen vor (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen).

Nach der im Zeitpunkt des Erlasses der rentenzusprechenden Verfügung mass geblichen bundesgerichtlichen Rechtsprechung fielen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, bereits diagnosebedingt einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_753/2016 vom 15. Mai

2017 E. 4.4). Gemäss aktueller bundesgerichtlicher Praxis ist die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades überdies in Bezug auf grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 6) schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislasternde versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen ( vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 und 143 V 418 E. 7.2).

### **E. 3.1**

Nachdem der Beschwerdeführerin seitens ihrer behandelnden Ärztin Dr. C.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, bereits seit September 2014 eine hochgradig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden war (vgl. Urk. 7/10/2 ff.), begab sie sich vom 8. Dezember 2014 bis 17. Januar 2015 in der Klinik

D.\_\_\_\_

in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Dem Austrittsbericht vom 3. Februar 2015 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 7/14/5): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) im Rahmen einer multi faktoriellen Belastungssituation (ICD-10 Z56, Z60, Z61, Z63) mit Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73) auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), - zervikobrachiales Schmerzsyndrom linksbetont mit muskulärer Dysbalace (ICD-10 M54.94, M79.61), - arterielle Hypertonie (ICD-10 I11.9), medikamentöse Behandlung seit 2013, hierunter normotone Blutdruck- und Herzfrequenzwerte.

Die Versicherte habe von einer bereits länger dauernden und seit September 2014 zunehmenden multiplen Belastungssituation im beruflichen und sozialen Kontext berichtet. In den letzten Monaten sei es wiederkehrend zu Panikattacken mit Zittern, Atemnot und Druck im Thoraxbereich gekommen (Urk. 7/14/6). Zu Beginn der Therapie habe die Versicherte ein ausgeprägt ängstlich-depressives Zustandsbild mit hoher innerer Anspannung, Antriebslosigkeit sowie einem deutlich verminderten Selbstwert und Existenzängsten gezeigt. Ferner sei sie deutlich bestimmd und um Kontrolle bemüht gewesen. Aufgefallen seien insbesondere auch ein stark erschöpfter Gesamteindruck, eine schwer spürbare Affektlage mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie eine hohe Antriebsminderung. Hinweise auf Bewusstseins- oder inhaltliche Denkstörungen hätten sich ebenso wenig ergeben wie für soziale oder spezifische Phobien. Suizidale Gedanken seien verneint worden (Urk. 7/14/7 f.). Bei Klinikaustritt habe ein gebessertes Zustandsbild vorgelegen, obgleich sich bei der Versicherten infolge eines selbst auferlegten Drucks zur raschen beruflichen Wiedereingliederung eine ausgeprägte Unruhe und Anspannungszustände mit Erwartungs- und Bewertungsängsten gezeigt hätten. Der berufliche Wiedereinstieg sei frühestens im Februar 2015 mit einem reduzierten Pensum von 20 % einzuleiten, wobei eine langsame Steigerung je nach gesundheitlichem Zustand in Absprache mit der Hausärztin erfolgen sollte (Urk. 7/14/5).

### **E. 3.2**

Dr. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie, stellte mit Bericht vom 8. September 2015 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/13/1): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung bei multifaktorieller Belastungssituation (ICD-10 43.1, Z56, Z61, Z63, Z73), - Panikstörung (ICD-10 F41.0), - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1).

Die Versicherte sei aktuell wenig belastbar und fühle sich rasch überfordert. Es bestehe ein Wechsel zwischen Nervosität, Erschöpfung, Anspannung, Zukunftsorgen sowie Trauer über mangelnde soziale und familiäre Kontakte. Ferner liege eine Tendenz zu hohen Selbsterwartungen und Stressanfälligkeit vor. Aus medizinischer Sicht sei die Tätigkeit als Pflegefachfrau Psychiatrie ab 2016 zu 20 % zumutbar mit späterer Steigerung bis zu 50 %. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einem relativ ruhigen, wohlwollenden Umfeld sei an zwei bis drei Stunden pro Tag möglich (Urk. 7/13/2 f.).

### **E. 3.3**

Dr. B.\_\_\_\_ stellte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 6. Juni 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/22/6): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), -

Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01).

Im Rahmen der Exploration habe die Versicherte von einer unschönen Kindheit und familiären Schwierigkeiten berichtet. Sie leide sehr darunter, dass der Kontakt zu ihren beiden erwachsenen Kindern so schlecht sei. Ihre aktuellen gesundheitlichen Probleme hätten vor etwa drei bis vier Jahren begonnen, ohne ein eigentliches auslösendes Ereignis. Sie habe bereits seit vielen Jahren als Pflegerin in der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik gearbeitet. Die Arbeitssituation sei aufgrund häufigen Personalwechsels, konflikthafter Zusammenarbeit sowie mangelnder Leistungsanerkennung unbefriedigend gewesen. Sie habe begonnen unter Schlafstörungen sowie Gedankenkreisen zu leiden und habe sich gestresst gefühlt. An einer Teamsitzung habe sie dann eine Panikattacke erlitten. Nach der stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik habe sie versucht, mit einem stark reduzierten Pensum (20 %) wieder in ihren Beruf einzusteigen, was für sie sehr schwer gewesen sei. Das Arbeitsverhältnis sei dann unerwartet vom Arbeitgeber gekündigt worden. Im Moment könne sie sich überhaupt nicht vorstellen, wieder einer Arbeit nachzugehen. Sie habe einen einigermaßen geregelten Tagesablauf und mache den Haushalt, wenn sie Energie dafür habe. Administrative Angelegenheiten schaffe sie gerade so. Sie habe wenig soziale Kontakte, wobei sie sich eigentlich mehr wünsche. Hobbies habe sie noch nie richtig gehabt. Ihr Gewicht habe sich wieder normalisiert. Sie schlafe mittlerweile auch wieder besser und habe gelernt, ihre kreisenden Gedanken abzuschalten. Sie fühle sich aber nach wie vor dünnhäutig. In geschlossenen Räumen oder unter vielen Menschen fühle sie sich unwohl und gerate in Panik, was aber schon mehr oder weniger immer der Fall gewesen sei. Im Weiteren sei sie zerfahren, wobei vor circa zwei Jahren ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) diagnostiziert worden sei (Urk. 7/22/3 f.).

Zum Gespräch sei die Versicherte etwas aufgewühlt und mässig gepflegt erschienen. Sie habe leicht fahrig gewirkt und einen lockeren, eher kollegialen Umgangston gepflegt, was in der Untersuchungssituation teilweise unangepasst gewirkt habe. Sie sei jedoch bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Hinsichtlich der Konzentration seien Schwankungen aufgetreten; ferner seien die Aufmerksamkeit leicht sprunghaft und das Gedächtnis nicht immer genau und lückenlos gewesen. Das formale Denken habe zwar etwas ungeordnet, sprunghaft und weit schweifig imponiert, der Gedankengang sei jedoch kohärent und von normalem Tempo gewesen. Anhaltspunkte für Wahn, Zwang, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben. Im Affekt sei die Explorandin zum einen wenig spürbar und teils parathym gewesen. Sie habe zudem angespannt, sehr wechselhaft, betont sorglos, souverän und distanziert gewirkt. Zum anderen sei sie allerdings durchaus spürbar deprimiert und ratlos, aber auch schwingungsfähig gewesen. Es scheine, als ob sie eine Fassade aufrechterhalte. Nebst einer inneren Unruhe bestünden ein verminderter Antrieb und eine reduzierte Vitalität. Ausserdem lägen nebst Scham eine Perspektivlosigkeit sowie ein teilweiser sozialer Rückzug vor. Der Schlaf habe sich mittlerweile normalisiert. Hinweise auf eine Fremd- oder Selbstgefährdung oder auf Symptome einer posttraumatischen Störung hätten sich nicht eruieren lassen (Urk. 7/22/5).

Vor diesem Hintergrund gelangte Dr. B. \_\_\_ zur Auffassung, dass die Versicherte aufgrund verschiedener belastender Lebensereignisse seit vielen Jahren unter einer rezidivierenden depressiven Störung - gegenwärtig mittelschwer ausgeprägt - leide. Angefangen habe dies mit einer schwierigen Kindheit, welche durch eine autoritäre Erziehung geprägt gewesen

sei. Im Weiteren seien insbesondere der frühe Tod der beiden Geschwister sowie die schwierige Scheidung mit jahrelangem Kampf um das Sorgerecht für die beiden Kinder von Bedeutung. Auch im Zusammenhang mit der Belastung durch die Abschlussprüfungen zur Pflegefachfrau habe die Versicherte psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Die aktuelle Störung habe sich als Überlastungsreaktion bei Belastungen sowohl an der Arbeitsstelle als auch durch unbefriedigenden Kontakt zu den beiden erwachsenen Kindern sowie ein fehlendes soziales Umfeld entwickelt. Es sei zudem zu Panikattacken, sozialem Rückzug und Grübeln gekommen. Auf die unerwartete Kündigung durch den Arbeitgeber habe die Explorandin erneut mit Kränkungen, Depression und Ängsten reagiert.

Konkrete Hinweise für eine Traumafolgestörung gemäss den Kriterien der ICD-10 hätten sich indes nicht ergeben. Abgesehen von der depressiven Störung liege eine Agoraphobie vor, welche sich in Vermeidungsverhalten sowie in Panikattacken äussere. Diese Störung sei jedoch nicht mehr so stark ausgeprägt; so sei die Versicherte in der Lage, den öffentlichen Verkehr zu benutzen oder ihre Therapeuten selbständig aufzusuchen. Aktuell sei die Versicherte aber sowohl in den alltäglichen als auch den sozialen Aktivitäten erheblich eingeschränkt und verlangsamt (Urk. 7/22/5 f.).

Für die sehr anspruchsvolle und belastende Tätigkeit als Pflegefachfrau Psychiatrie sei die Versicherte wahrscheinlich dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig. Es sei nicht zumutbar, dass jemand mit eigenen psychischen Problemen Verantwortung für andere psychisch Kranke übernehme. Es bestünde die Gefahr wiederholter Überforderung mit psychischer respektive depressiver Dekompensation. Für weniger belastende Tätigkeiten im Pflegebereich - etwa in einer somatischen Tagesklinik mit ambulanten Behandlungen - bestehe jedoch ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine rund 25%ige Arbeitsfähigkeit. Voraussetzung dafür bilde, dass die Versicherte die psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung fortsetze. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sollte im Verlauf eines Jahres möglich sein, wobei nicht vorhersehbar sei, wie hoch die Arbeitsfähigkeit schliesslich ausfalle. Auch andere Tätigkeiten im Bereich der Pflege sowie in anderen beruflichen Bereichen seien derzeit zu circa 25 % zumutbar. Dabei sollte die Versicherte Schwierigkeiten ansprechen können, keinen ununterbrochenen Kundenkontakt aufrechterhalten und nur zeitweise Teamarbeit leisten müssen. Es sollte überdies ein klar abgegrenzter Aufgabenbereich vorhanden sein. Die Versicherte sollte nicht die Verantwortung für die Planung übernehmen müssen und vorläufig sollte sie ohne übermässigen Zeitdruck arbeiten können (Urk.

7/22/7).

#### **E. 4.1**

Im Beschluss vom 31. August 2018 (Urk. 9) wurde festgehalten, dass das Gericht an die Begehren der Parteien nicht gebunden ist. Es kann eine Verfügung zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern (reformatio in peius) oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme und zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist (Art. 61 lit. d ATSG und § 25 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer], vgl. auch BGE 122 V 166 E. 2b). Eine reformatio in peius setzt nicht voraus, dass der angefochtene Entscheid zweifellos unrichtig und dessen Korrektur von erheblicher Bedeutung ist (BGE 144 V 153 E. 4.2.4).

Ob schon die Beschwerdeführerin nur die Höhe des ihr zugesprochenen monatlichen Rentenbetrags beanstandet hat, steht dies demnach einer grundlegenden Prüfung des Rentenanspruchs durch das Gericht nicht entgegen, zumal ihr die Möglichkeit eingeräumt

worden war, hierzu Stellung zu nehmen beziehungsweise die Beschwerde zurückzuziehen (vgl. Urk. 9).

#### **E. 4.2**

Das psychiatrische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2016 diene massgeblich als medizinische Grundlage für die angefochtene Verfügung. Die Expertise basiert auf umfassenden psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/22/1 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber der Sachverständigen

sowohl ihre Krankheitsgeschichte als auch ihre

aktuellen Beschwerden und den gewöhnlichen Tagesablauf schildern (Urk. 7/22/3 f.) Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erläutert wurden. Soweit möglich erfolgte zudem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk.

7/22/5 ff.). Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten somit die formalen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4).

#### **E. 4.3**

Dr. B.\_\_\_\_ erachtete die Versicherte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegefachfrau Psychiatrie als bis auf weiteres - aber wahrscheinlich dauerhaft - nicht mehr arbeitsfähig. Die in diesem Zusammenhang von ihr angeführte Begründung vermag zu überzeugen. So ist naheliegend, dass der direkte Umgang mit psychischen Problemen anderer Personen grosse Anforderungen an die eigene geistige Ausgeglichenheit stellt und eine grosse Belastbarkeit voraussetzt. Da die Beschwerdeführerin selbst unter psychischen Problemen leidet, ist in der Tat von einer erheblichen Gefahr wiederholter Überforderung mit depressiver Dekompensation auszugehen, weshalb diese Tätigkeit zumindest aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht mehr zumutbar erscheint (vgl. Urk. 7/22/7).

#### **E. 4.4.1**

Zu prüfen bleibt, ob auch auf die von Dr. B.\_\_\_\_ für Tätigkeiten als Pflegefachfrau in einem weniger fordernden Arbeitsbereich sowie für andere Verweistätigkeiten attestierte Arbeitsfähigkeit von 25 % abgestellt werden kann (Urk. 7/22/7). In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass das Bundesgericht in zwei Entscheiden vom 30. November 2017 erkannt hat, dass nunmehr grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (BGE 143 V 409, 143 V 418). In intertemporal rechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinn gemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle

Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 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 Resourcen, 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)

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Resourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisschwer belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2).

#### **E. 4.4.2**

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist anzumerken, dass die im Rahmen der Begutachtung erhobenen objektiven Befunde nicht auf einen ausgeprägten Schweregrad der psychischen Erkrankung schliessen lassen. Zwar pflegte die Versicherte einen der Untersuchungssituation teilweise unangepassten Umgangston. Ferner konnten insbesondere eine schwankende Konzentration und ein etwas ungeordnetes, sprunghaftes formales Denken sowie ein reduzierter Antrieb und eine verminderte Vitalität festgestellt werden. Zudem zeigte sich die Beschwerdeführerin im Affekt sehr wechselhaft. Demgegenüber war sie aber auch durchaus schwingungsfähig, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Der Gedankengang war kohärent und von normaler Geschwindigkeit. Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen ergaben sich ebenfalls nicht. Im Vergleich zu den Angaben im Bericht der Klinik

D.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 fiel die Versicherte auch nicht mehr durch eine starke Erschöpfung oder eine hohe Antriebsminderung auf (vgl. E. 3.1).

Ferner hatten sich der Schlaf sowie der Appetit normalisiert. Hinweise auf Fremd- oder Selbstgefährdung fanden sich ebenfalls nicht (vgl. zum Ganzen Urk. 7/22/4 f.). Massgeblich ins Gewicht fällt im Weiteren, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nach wie vor nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis).

Im Zuge der Begründung der von ihr gestellten Diagnosen - namentlich der rezidivierenden depressiven Störung - verwies Dr. B.\_\_\_\_

ausführlich auf die belastenden Lebensereignisse der Versicherten, die oft mals zur Folge gehabt hätten, dass diese sich in psychotherapeutische Behandlung begeben haben. Solche Ereignisse hätten unter anderem die schwierige Kindheit, der frühe Tod der beiden Geschwister, die belastende Scheidung mit jahrelangem Sorgerechtsstreit um die beiden Kinder, die Belastung durch die Abschlussprüfungen zur Pflegefachfrau sowie die Überforderung im Rahmen der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit mit schliesslich unerwarteter Kündigung dargestellt (Urk. 7/22/5 f. ; vgl. zudem Urk. 7/14/

#### **E. 4.4.3**

In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass sich dem psychiatrischen Gutachten keine Anhaltspunkte für eine auffällige Persönlichkeitsstruktur entnehmen lassen. Weder wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, noch konnten die von Dr. E. \_\_\_ festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge (vgl. E. 3.2) bestätigt werden. Abgesehen davon vermögen Letztere ohnehin keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1).

#### **E. 4.4.4**

Zum Komplex „Sozialer Kontext“ geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin vergleichsweise wenig soziale Kontakte pflegt. Sie lebt derzeit in keiner Beziehung, ihre Eltern und Geschwister sind bereits verstorben und zu ihren erwachsenen Kindern besteht infolge eines Sorgerechtsstreits in den 90er-Jahren keine intensive Beziehung (Urk. 7/22/3 ff.) . Im Standortgespräch vom 21. August 2015 gab die Versicherte demgegenüber jedoch an, mit ihrem Sohn (einigermaßen) und mit guten Kolleginnen in Kontakt zu stehen (Urk. 7/8/3). Insgesamt zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin über kein grosses soziales Netzwerk verfügt, welches potentiell mobilisierbare Ressourcen enthalten würde. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass die Versicherte bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens vergleichsweise wenig soziale Kontakte ausserhalb des Arbeitsumfeldes pflegte und insofern nicht von einem primär krankheitsbedingten sozialen Rückzug gesprochen werden kann (vgl. Urk. 7/22/6).

#### **E. 4.4.5**

Zur Kategorie „Konsistenz“ ist schliesslich festzuhalten, dass die Versicherte therapeutische Optionen in Form von Psycho- und Maltherapie jeweils einmal wöchentlich in Anspruch nimmt. Darüber hinaus greift sie auf Psychopharmaka zurück (Urk. 7/22/4 f.). Angesichts dieser Umstände ist ein gewisser Leidensdruck nachvollziehbar. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, wonach ihr eine Arbeitstätigkeit nicht zumutbar sei (vgl. Urk. 7/22/4, 7/26/3 f.), ist mit ihrem Alltagsverhalten allerdings nicht vereinbar. Wenngleich sie die anfallenden Haushaltsarbeiten gemäss eigenen Angaben nur etappenweise ausführen kann, ist sie weder in diesem Zusammenhang noch in Bezug auf die administrativen Belange auf Dritthilfe angewiesen. Sie verfügt darüber hinaus über eine geregelte Tagesstruktur, schaut fern, kocht, erledigt Einkäufe und nimmt Therapien wahr. Bis zum Tod ihrer Mutter übernahm die Versicherte ausserdem deren Buchhaltung und sie pflegt Kontakt zu guten Kolleginnen. Hobbys ging sie bereits vor Eintritt der psychischen Erkrankung nicht nach (vgl. zum Ganzen Urk. 7/8/3, 7/22/4). 4.

#### **E. 4.6**

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer vorhandenen

Ressourcen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage ist, eine leidensangepasste Tätigkeit - wozu auch die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau gehört, sofern der Arbeitsbereich nicht die Pflege psychisch erkrankter Personen umfasst - in leistungsausschliessendem Ausmass zu verrichten. Es ist daran zu erinnern, dass grundsätzlich nur schwere psychische Störungen invalidiisierend sein können (BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Gegen das Vorliegen einer solchen Erkrankung sprechen im konkreten Fall nebst den erheblichen invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren insbesondere die fehlende Behandlungs- und Eingliederungsresistenz, die weitgehend unauffälligen Persönlichkeitseigenschaften sowie die erhaltene Tagesstruktur. Sowohl das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin in persönlichen Belangen wie auch das soziale Beziehungsnetz erweisen sich zwar als vergleichsweise klein. Dies ist allerdings in erster Linie nicht auf die psychische Erkrankung zurückzuführen, sondern war bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens der Fall.

Insgesamt ist ein rechts genügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen, weshalb die materiell beweisbelastete Beschwerdeführerin die Folgen zu tragen hat (vgl. E. 4.4.1).

#### **E. 5**

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin der Versicherten mit Verfügung vom 23. Juni 2017 (Urk. 2) zu Unrecht eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Es erübrigt sich folglich, auf die von der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Höhe der monatlichen Rentenbeträge erhobenen Rügen näher einzugehen. Die Beschwerde ist in Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit der Feststellung abzuweisen, dass die Versicherte keinen Rentenanspruch hat.

#### **E. 6**

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

#### **E. 8**

800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage eines Doppelkopfes von Urk. 11 - 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 Würsch

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