

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00942 vom 9. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00942

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00942 du 9 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00942 del 9 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

992 arbeitete sie für die Y.____ als Sachbearbeiterin Verkauf. Ab dem 13. November 2013 war sie zu 50-100 % arbeitsunfähig geschrieben.

Am 22. Mai 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Depression sowie eine Essstörung mit Adipositas bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2, Urk. 7/32/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf berufliche Abklärungen (Urk. 7/9, Urk. 7/11-12, Urk. 7/38) und holte bei den behandelnden Ärzten Berichte ein (Urk. 7/16-17, Urk. 7/22, Urk. 7/28, Urk. 7/33). Am 10. September 2015 teilte sie der Versicherten mit, dass sie keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe, da sie sich nicht in der Lage fühle, solche zu absolvieren (Urk. 7/37).

Nach weiteren erwerblichen (Urk. 7/40) und medizinischen Abklärungen (Urk.

7/43, Urk. 7/50, Urk. 7/64)

liess die IV-Stelle die Versicherte im Z.____ polydisziplinär begutachten (Urk. 7/47, Urk. 7/54-57, Urk. 7/68). Gestützt auf das allgemeininternistische, psychiatrische, rheumatologische, viszeralchirurgische und gastroenterologische

Gutachten der Z.____ vom 21. September 2016 (Urk. 7/70) ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 50 % und sprach der Versicherten – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/73, Urk. 7/77, Urk. 7/84-85) – mit Verfügung vom 31. Mai 2017 ab 1. März 2015 eine halbe Rente zu (Urk. 2/1; vgl. auch Urk. 2/2).

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

Adipositas bewirkt grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität, wenn sie keine körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraus sichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbs fähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_496/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2).

E. 1.3

Auch ein psychischer Gesundheitsschaden kann eine Invalidität zur Folge haben. 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 145 V 215 E. 5.1, 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 Erwerbs fähigkeit 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art.

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychische 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).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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 beweiselastete 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).

E. 1.5

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. 1.6

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.

E. 1.7

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Evalotta

Samuelsson, mit Eingabe vom

8. September 2017 Beschwerde mit dem Antrag, es sei ihr ab 1. März 2015 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zwecks Evaluation der beruflichen Leistungsfähigkeit und anschliessend dem erneuten Entscheid

über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2017 beantragte die IV-Stelle sinngemäss, es sei der Beschwerdeführerin im Sinne einer

reformatio in peius

anzudrohen, ihr keine Rente zuzusprechen (Urk. 6). Mit Verfügung vom 15. Februar 2018 sistierte das Gericht das Verfahren entsprechend dem Antrag der Beschwerdeführerin (Urk. 11) bis zur Fertigstellung des von dieser in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachtens (Urk. 17; vgl. auch Urk. 16).

Mit Eingabe vom 27. Mai 2019 (Urk. 20) reichte die Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Februar 2018 zu den Akten (Urk. 21). Während sie unter Hinweis auf die Ausführungen in ihrer Eingabe vom 27. Mai 2019 auf eine weitere Stellungnahme zum Gutachten verzichtete (Urk. 24), erneuerte die IV-Stelle am 23. August 2019 ihren Antrag auf Aufhebung der halben Rente (Urk. 27). Am 16. September 2019 nahm die Beschwerdeführerin hierzu unaufgefordert Stellung (Urk. 29), was der IV-Stelle mitgeteilt wurde (Urk. 30).

Mit Verfügung vom 14. November 2019 (Urk. 37) wurde die Swiss Life AG beziehungsweise die BVG-Sammelstiftung Swiss Life als für die Beschwerdeführerin zuständige Vorsorgeeinrichtung zum Verfahren beigelegt. Mit Eingabe vom 19. November 2019 teilte sie ihren Verzicht auf eine Stellungnahme mit (Urk. 39; vgl. auch Urk. 31-35 und Urk. 36/1).

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

- 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin ab 1. März 2015 eine halbe Rente zu mit der Begründung, gestützt auf das überzeugende polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom 21. September 2016 stehe fest, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin und in jeder anderen körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Die Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit sei ihr trotz ihres Alters mit Blick auf die verbleibende Aktivitätsdauer von immerhin noch sechs Jahren zumutbar, zumal keine übermässigen Anpassungen nötig seien. Der Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen führe zu einem Invaliditätsgrad von 50 %, welcher nach Ablauf der Wartezeit ab 1. März 2015 zum Anspruch auf die halbe Rente führe (Urk. 2/1).

Im Beschwerdeverfahren stellt sich die IV-Stelle neu sinngemäss auf den Standpunkt, die angefochtene Verfügung sei zu Ungunsten der Beschwerdeführerin abzuändern und es sei ihr keine Rente zuzusprechen. Aus dem Z.____-Gutachten gehe klar hervor, dass sie sowohl objektiv als auch subjektiv im Wesentlichen durch die Adipositas per

magna beeinträchtigt werde. Rechtsprechungsgemäss bewirke eine Adipositas keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht IV-relevante körperliche oder geistige Schäden verursacht habe und nicht die Folge solcher Schäden sei. Die auf die Adipositas zurück zu führenden Erkrankungen wie die beginnenden Arthrosen seien erst wenig ausgeprägt und hätten keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Zudem könne eine Erwerbsunfähigkeit erst nach Durchführung der zumutbaren Behandlung entstehen. Der

von den Gutachtern als zumutbar eingestufte bariatrische Eingriff zur Erreichung einer drastischen Gewichtsreduktion sei bei Erlass der Verfügung noch nicht erfolgt . Ferner sei die im Z.____ -Gutachten gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung nicht nachvollziehbar . Der im Gutachten beschriebene psychopathologische Befund sei nicht besonders ausgeprägt. Ein starker sozialer Rückzug sei nicht ausgewiesen ; die Beschwerdeführerin habe gemäss Gutachten mit all ihren Mitbewohnern in der Wohngemeinschaft B.____ und mache tägliche Spaziergänge mit ihrem Hund. Der psychiatrische Gutachter habe sodann festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag vor allem durch das Übergewicht beeinträchtigt sei, wobei die erhöhte Ermüdbarkeit auch eine Folge des Übergewichts sein könne. Es könne davon ausgegangen werden, dass die psychischen Beschwerden im Fall einer Gewichtsreduktion abnehmen würden. Weiter habe er darauf hingewiesen, dass konkrete psychosoziale Belastungsfaktoren zur depressiven Störung beitragen könnten. Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der C.____ vom 22. August 2017 betreffe nicht die Zeit bei Erlass der Verfügung und enthalte keine neuen medizinischen Tatsachen. Auch das Gutachten von Dr. A.____ ändere nichts daran, dass die geschilderten , grundsätzlich nachvollziehbaren und unbestrittenen Einschränkungen hauptsächlich auf die Adipositas zurückzuführen seien. Auch das im Gutachten beschriebene, zu sozialem Rückzug und gewissen psychischen Beschwerden führende Schamgefühl sei im Wesentlichen auf das massive Übergewicht zurückzuführen. Aus dem Gutachten gehe zudem hervor, dass nach wie vor keine angemessene Therapie der Ernährungsproblematik erfolge und die neu gestellten psychiatrischen Diagnosen ebenfalls nicht behandelt würden . Deshalb sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus versicherungsrechtlicher Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei und folglich auch keinen Anspruch auf eine Rente habe (Urk. 6, Urk. 16, Urk. 27).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie habe ab 1. März 2015 Anspruch auf eine ganze Rente. Dies begründet sie im Wesentlichen damit, sie leide an einer morbidem Adipositas per magna aufgrund einer schweren Essstörung mit körperlichen Folgeerkrankungen . Ferner liege

eine depressive Störung vor , welche trotz wiederholter stationärer Klinikaufenthalte und zwischenzeitlicher tagesklinischer Behandlung mit verschiedenen Therapieansätzen nicht nachhaltig gebessert habe. In ihrem Bericht vom 27. Oktober 2015

hätten ihr die Ärzte der C.____

wegen einer schweren depressiven Episode eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert . Als zusätzliche Massnahme hätten sie eine begleitete Wohnform empfohlen, weil sie

damals nicht in der Lage gewesen sei , den Alltag ohne engmaschige therapeutische Unterstützung zu bewältigen und sich nachhaltig zu stabilisieren . An dieser Situation habe sich bis zur Begutachtung im Z.____ nichts geändert . Die Experten des Z.____ hätten in ihrer Beurteilung nicht berücksichtigt, dass sie damals nicht in der Lage gewesen sei, selbständig zu wohnen . Ferner

habe der psychiatrische Z.____ -Gutachter , im Gegensatz zu den Ärzten der C.____ , zur Ermittlung des Schweregrads der Depression keine psychometrischen Tests durchgeführt . Seine Einschätzung der Schwere der Depression basiere auf einer falschen Längsschnittbeurteilung – er sei aktenwidrig davon ausgegangen, dass nie eine schwere

Depression vorgelegen habe -, weshalb dar auf nicht abgestellt werden könne . Die Adipositas per magna auf grund einer Essstörung , welche ihre Leistungsfähigkeit als schwere Komorbidität zusätzlich einschränke, werde in der psychiatrischen Beurteilung und in der inter disziplinären gutachterlichen Gesamtschau bei der Beurteilung der Leistungs fähig keit nicht berücksichtigt .

Der psychiatrische Gutachter habe dieser Proble matik lediglich erschwerende Wirkung bei der Arbeitssuche zugemessen, indem er darauf hingewiesen habe, dass sie aufgrund ihres Übergewichts kaum eine Arbeit finden werde. Zudem hätten die Gutachter keine gesamtheitliche Würdi gung aller Defizite und Ressourcen in Auseinandersetzung mit ihrem Aktivitäts- und Partizipationsniveau vorgenommen.

Entgegen der Ansicht der IV-Stelle weise sie eine vollständig aufgehobene Aktivität und Partizipation auf, was sich daran zeige, dass sie trotz jahrelanger engmaschiger psychiatrischer Therapie nicht in der Lage sei, alleine zu wohnen und sich selbst adäquat zu versorgen. Nach der Begutachtung, aber noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung, habe sie wieder rund 15 kg zugenommen und sei wegen des Scheitern s des betreuten Wohnens wieder stationär psychiatrisch behandelt worden. Dies zeige die aus geprägte Instabilität ihres Gesundheitszustands auf . Ihre Depression schwanke zwischen mittel gradigen und schweren Episoden (Urk. 1 S. 3-13 , Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG (Abs. 1). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

E. 11

S. 3-6). Im voll beweiskräftigen, unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht vorgegebenen Indikatoren nachvollziehbar begründeten psychiatrischen Parteigutachten von Dr. A.____ vom 27. Februar 2018 werde ihr denn auch eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bescheinigt (Urk. 20). Dass sie die bariatrische Operation (Magenverkleinerung) noch nicht durchgeführt habe, dürfe ihr nicht entgegengehalten werden. Ein solcher Eingriff dürfe erst nach einer nachhaltigen Stabilisierung ihres psychischen Zustandes durchgeführt werden und sei mit schwerwiegenden tödlichen Risiken verbunden, weshalb sie dazu nicht unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht verpflichtet werden dürfe (Urk. 29).

Selbst wenn von einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werde, könne sie diese auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwerten. Ihre Adipositas erschwere die Stellensuche und schränke ihre Arbeitsproduktivität ein. Ebenfalls erschwerend wirkten ihr fortgeschrittenes Alter und der Umstand, dass sie in den letzten Jahren monatelang stationär hospitalisiert gewesen sei. Aus diesen Gründen habe sie Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 13-15).

Eventuell sei ihre berufliche Eingliederungsfähigkeit in einer beruflichen Abklärungsstelle zu evaluieren (Urk. 1 S. 15-16).

3. 3.1

Dem Bericht der behandelnden Psychiater der C.____ vom 27. Oktober 2015 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach zwei früheren Hospitalisationen vom 13. März bis 27. Mai und vom 24. Juni bis 19. August 2014,

einer teilstationären Weiterbehandlung in der D.____ von September 2014 bis Dezember 2014 (richtig: Februar 2015; vgl. Urk. 7/28/2) und einer stationären Behandlung in der E.____ vom 9. März bis 25. April 2015 (vgl. Urk. 7/41/25)

ein drittes Mal vom 23. Juli bis 12. Oktober 2015 in der C.____

stationär behandelt wurde. Aufnahmeanlass war laut den Ärzten eine depressive Dekompensation und eine Exazerbation einer

Binge Eating Problematik (Eintrittsgewicht 151 kg bei 168 cm entsprechend einem BMI von 53,5 kg/m²). Eine Stabilisierung im ambulanten Setting sei nicht gelungen. Zudem habe ihr Ehemann die Scheidung eingereicht, was für die Beschwerdeführerin mit existenziellen Ängsten und starker Einsamkeit verbunden gewesen sei. Bei Eintritt habe die psychometrische Testung mit dem Beck-Depressionsinventar einen Wert von 46 ergeben, entsprechend einer schweren depressiven Episode. Die Testung mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM IV Achse II (SKID II) habe zwar keine genügenden Werte für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung ergeben, es sei aber von einer akzentuierten Persönlichkeit mit selbstunsicheren, dependenten, zwanghaften und depressiven Zügen an der Grenze zu einer Persönlichkeitsstörung auszugehen. Die Beschwerdeführerin fühle sich im Kontakt mit Menschen überfordert, unverstanden, unter Druck gesetzt, eingeengt und gekränkt, so dass sie sich in den vergangenen Jahren zunehmend sozial zurückgezogen habe. Dadurch fühle sie sich aber auch sehr einsam. Bei Austritt hätten eine Gewichtsabnahme um

E. 15

kg auf 135,4 kg und eine geringe depressive Aufhellung erreicht werden können.

Angesichts der komplexen, schweren, chronifizierten psychischen Symptomatik sowie vor dem Hintergrund der schwierigen sozialen Situation sei aus psychiatrischer Sicht die einzig mögliche langfristige und nachhaltige Massnahme ein begleitetes Wohnen für mindestens zwölf Monate. Die Beschwerdeführerin sei aktuell nicht in der Lage, ohne engmaschige therapeutische Unterstützung den Alltag zu bewältigen und sich nachhaltig zu stabilisieren. Sie benötige sowohl eine intensive Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankung wie auch eine Förderung und Anleitung zur Entwicklung einer selbständigen Lebensgestaltung. Bei gutem Verlauf könne längerfristig eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % erreicht werden. Aktuell und seit März 2014 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei davon auszugehen, dass die depressive Symptomatik und die

da mit verbundenen reduzierten Konzentrations-, Auffassungsfähigkeit und Belastbarkeit zum Verlust der Leistungsfähigkeit geführt hätten. Die Ärzte stellten an psychiatrischen Diagnosen die der Binge Eating Störung mit Adipositas per magna (BMI 53.8 kg/m²; ICD-10 F50.9), der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und die einer akzentuierten Persönlichkeit mit selbstunsicheren, dependenten, zwanghaften und depressiven Zügen (ICD-10 Z73.1, Urk. 7/43/2-7). 3.2

Am 4., 6. und 13. Juli 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Z.____ polydisziplinär begutachtet.

Das Gutachten wurde am 21. September

2016 fertiggestellt (Urk. 7/70/2). Die Beschwerdeführerin gab den Gutachtern an,

sie leide seit 1993, als sie Probleme mit ihrem zweiten Ehemann gehabt habe, an einer Essstörung, in deren Folge ihr Gewicht zunehmend gestiegen sei. Nach Veränderungen bei ihrem langjährigen Arbeitgeber habe ihre Arbeitsbelastung ab 2010 stark zugenommen, was zu einer Erschöpfungsdepression geführt habe. Seither leide sie an Depressionen. Im Rahmen eines mehrmonatigen Aufenthalts in der F.____ habe sie 20 kg an Gewicht verloren. Danach habe sie die Arbeit wieder aufgenommen, aber zunehmend unter körperlichen Beschwerden und Müdigkeit gelitten. Anfang 2014 habe sie die Behandlung im G.____ in Zürich begonnen. Zudem sei sie in den Jahren 2014 und 2015 dreimal in der C.____ stationär hospitalisiert gewesen. Während der Klinikaufenthalte habe sie das Essen im Griff gehabt, und es sei jeweils zu einer Gewichtsreduktion gekommen. Zu Hause habe sie das Essen aber nicht mehr kontrollieren können. 2015 sei sie dann in der E.____ behandelt worden. Da sich ihr Mann von ihr getrennt habe und sie nicht alleine leben könne, wohne sie seit Oktober 2015 in einem betreuten Wohnheim. Am meisten leide sie unter ihrer Müdigkeit, Erschöpfung und

fehlenden Belastbarkeit. Sie könne sich nur mit Mühe fortbewegen und sei beispielsweise nicht in der Lage, selbständig in einen Zug zu steigen.

Auch die Körperpflege sei schwierig. Sie habe immer wieder Essattacken, wenn sie belastet sei, was auch jetzt noch im betreuten Wohnheim vorkomme (Urk. 7/70/7, Urk. 7/70/11, Urk. 7/70/

E. 20

). Zu ihrem Alltag befragt gab die Beschwerdeführerin an, sie gehe zwischen 22.00 und 23.00 Uhr zu Bett und stehe zwischen 7.30 und 8.00 Uhr auf. Danach mache sie einen 30minütigen Spaziergang mit ihrem Hund und nehme das Frühstück ein. Oft lege sie sich tagsüber hin, da sie müde sei. Gegen Mittag mache sie erneut einen Hundespaziergang. Nachmittags nehme sie im Wohnheim an vielen Gesprächen und Therapien teil und erledige kleine Aufgaben. Der Kontakt mit den vielen jungen Betreuten im Wohnheim sei nicht einfach, sie habe aber mit allen Kontakt.

Sie gehe praktisch täglich einkaufen. Regelmässig treffe sie sich mit einer Freundin, lebe ansonsten aber eher zurückgezogen. Abends komme ein Seelsorger für Gespräche in der Wohngruppe vorbei, manchmal mache die Gruppe auch Spaziergänge. Sie habe immer gerne gemalt, sei dazu aber nicht mehr in der Lage (Urk. 7/70/8, Urk. 7/70/11-12). Aktuell könne sie sich keine Erwerbstätigkeit vorstellen, da sie ja nicht einmal selbständig

leben könne. Voraussetzung für eine erneute Arbeitstätigkeit sei eine starke Gewichtsreduktion, die sie auch anstrebe (Urk. 7/ 70/ 8).

Der psychiatrische Sachverständige hielt in seiner Beurteilung fest, die Mutter der Beschwerdeführerin

sei schizophran gewesen .

Die Beschwerdeführerin sei von ihr und dem

älteren Bruder wiederholt geschlagen worden . In der Schule sei sie eine schüchterne Aussenseiterin gewesen. Die Beziehungen mit ihren Männern seien schwierig gewesen, drei ihrer vier Männer seien Aussenbeziehungen eingegangen. Zuletzt habe sie während 20 Jahren als Sachbearbeiterin gearbeitet. Seit 1993 leide sie bei Zurücksetzung, Belastungen und Anspannung unter Essattacken und könne ihre Essstörung kaum selbständig kontrollieren. Die zunehmende Belastung am Arbeitsplatz durch Umstrukturierungen, die drohende Trennung von ihrem Ehemann und die Unmöglichkeit, weiterhin Tanzunterricht zu erteilen, hätten 2012 schliesslich dazu geführt, dass sie psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen habe. Während den monatelangen Klinikaufenthalten in den Jahren 2013 bis 2015 habe sie wegen des Übergewichts nur teilweise an den Therapien teilnehmen können.

Der psychopathologische Befund nach AMDP spreche für das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Die Beschwerdeführerin traue sich nichts zu, fühle sich minderwertig, leide unter einer herabgesetzten Stimmung mit depressiv eingengtem Denken, zeige einen sozialen Rückzug und habe kaum Zukunftsperspektiven. Zusätzlich könnten abhängige, selbstunsichere Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin habe aufgrund ihrer schwierigen Kindheit kein stabiles Selbstwertgefühl ausbilden können. Sie könne sich schlecht gegenüber den Umgebungspersonen abgrenzen, habe Angst vor Zurückweisung , könne sich nicht durchsetzen und überfordere sich dadurch immer wieder. Die von den behandelnden Psychiatern gestellten, gleichlautenden Diagnosen könnten bestätigt werden, insbesondere leide die Beschwerdeführerin zusätzlich auch an Essattacken (ICD- 10 F50.4). Einzige die von der E.____ diagnostizierte schwere depressive Episode könne nicht bestätigt werden, da diese Ärzte ihre Diagnose nicht näher begründet hätten und Hinweise dafür fehlten, dass die

Beschwerdeführerin während längerer Zeit an einer schweren depressiven Störung gelitten habe. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten zur Entstehung der depressiven Störung beigetragen.

Einen wesentlichen Einfluss habe auch die Adipositas gehabt, welche die Beschwerdeführerin in ihren Aktivitäten immer mehr eingeschränkt habe. Die mittelgradige depressive Störung wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, indem deshalb von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ab März 2014 auszugehen sei. Davon den behandelnden Psychiatern nie eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden sei, fehlten Hinweise dafür, dass ihre Arbeitsfähigkeit jemals ganz aufgehoben gewesen sei . Zur Zeit sei sie nicht motiviert, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Ihre Einschätzung, zu 100 % arbeitsunfähig zu sein, sei angesichts der erhobenen depressiven Symptomatik nicht nachvollziehbar (Urk. 7/ 70/ 13, Urk. 7/ 70/ 15-16).

Wegen der Depression sei die Beschwerdeführerin vermindert belastbar und leide unter erhöhter Ermüdbarkeit, wobei dies nicht von den Folgen des Übergewichts abgegrenzt werden könne. In erster Linie sei sie durch ihr Übergewicht beeinträchtigt. Aufgrund ihres Übergewichtes erscheine es auch kaum möglich, dass sie eine Arbeit finde. Wesentliche invaliditätsfremde Faktoren mit Einfluss auf die Funktionsfähigkeit im Alltag lägen aber nicht vor. Hinweise auf eine Aggravation bestünden nicht, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung seien keine Diskrepanzen aufgefallen. Die bisherige Therapie sei lege artis durchgeführt worden, die therapeutischen Optionen würden von der Beschwerdeführerin wahrgenommen (Urk. 7/70/13-15, Urk. 7/70/

E. 25

).

Der internistische Teilgutachter erhob eine Adipositas per magna mit

einem Gewicht von 142 kg bei einer Grösse von 168 cm (BMI von 51 kg/m²)

und hielt fest, wegen der Adipositas könne die Beschwerdeführerin keine körperlich belastenden Tätigkeiten ausüben. Zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sollte dringend eine drastische Gewichtsreduktion angestrebt werden. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin sei auf Ende Jahr ein bariatrischer Eingriff geplant, was in ihrem Fall wohl die geeignetste Therapie darstelle (Urk. 7/70/8-9). Aus Sicht des rheumatologischen Gutachters beeinflussten eine beginnende Fingergelenkspolyarthrose, der klinische Verdacht auf eine beginnende Gonarthrose rechts, das klinisch beginnende subakromiale Schulterimpingement-Syndrom links, der klinische Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom links, ein chronisches zervikal und lumbal betontes paravertebrales Schmerzsyndrom und die Adipositas per

magna die Arbeitsfähigkeit. Im Vordergrund stehe ganz klar die ganz erhebliche morbid

Adipositas per magna. Wegen einer um 25 % reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund der Notwendigkeit regelmässiger Pausen bestehe eine 75%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte, wechselbelastende, mehrheitlich sitzend ausgeführte Tätigkeiten ohne repetitive grobmanuelle Belastungen beider Hände, repetitive Überkopfbewegungen mit dem linken, nicht dominanten Arm und stereotype Rotationsbewegungen des Oberkörpers.

Diese Voraussetzungen erfülle auch die angestammte, vor allem sitzend am PC ausgeübte Tätigkeit, soweit ein ergonomisch gut eingestellter Arbeitsplatz zur Verfügung stehe.

Das gelegentliche berufsbedingte Zurücklegen von Gehstrecken in der Ebene sei ohne Einschränkungen möglich, zu vermeiden sei das regelmässige Benutzen von Treppen (Urk.7/70/19-21, Urk. 7/70/26-27).

Aus gastroenterologischer und viszeralchirurgischer Sicht ergaben sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/70/24, Urk. 7/70/27).

In der abschliessenden interdisziplinären Gesamtbeurteilung attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in behinderungsangepassten Tätigkeiten. Die Leistungseinbusse aus somatischer Sicht wirke sich in diesem Rahmen, welcher die aus somatischer Sicht nötigen

Pausen ermögliche, nicht zusätzlich leistungs mindernd aus. Diese Arbeitsfähigkeit gelte seit März 2014, wobei während den stationären Aufenthalten keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Ursächlich für die abweichende Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit seien wahrscheinlich in erster Linie invaliditätsfremde Gründe wie der schwierige Arbeitsmarkt und ein eventuell vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn (Urk. 7/70/27). Auch bestehe

eine ausgeprägte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (Urk. 7/70 /28).
3.3

Dem Kurzaustrittsbericht der C.____ vom 22. August 2017 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 6. Juni bis 22. August 2017 zum vierten Mal in der Klinik hospitalisiert war. Laut den Ärzten bestand bei Eintritt nebst der bekannten Binge Eating Störung mit Adipositas per magna und der akzentuierten Persönlichkeit eine schwere depressive Episode, welche bei Austritt nur noch leicht bis mittelschwer gewesen sei. Das Gewicht habe von 151,4 kg bei Eintritt auf 141,1 kg am Ende der Hospitalisation reduziert werden können. Zum weiteren Vorgehen hielten die Ärzte fest, geplant sei eine Bewegungstherapie, eine Atemtherapie, ein NLP-Coaching sowie eine Betreuung durch die psychiatrische Spitex. Aus psychiatrischer und medizinischer Sicht sei ein Mahlzeiten dienst fünf Mal pro Woche jeweils mittags zwingend indiziert. Die Beschwerdeführerin sei bis zum 3. September 2017 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 3). 3.4

Dem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten von Dr. A.____ vom 27. Februar 2018 ist zu entnehmen, dass sie ab Oktober 2016

wieder selbständig, also nicht mehr im betreuten Wohnheim lebte. Laut Dr. A.____ gab die Beschwerdeführerin zu ihrem Tagesablauf an, Aufstehen und Schlafengehen folgten keinem klaren Rhythmus. Sie gehe morgens während 10 bis 15 Minuten mit dem Hund raus, die beiden anderen Ausgänge habe sie weitgehend an eine Nachbarin und ihren Ex-Mann delegiert. Die Essenslieferung durch den Mahlzeitendienst scheine den intendierten Zweck einer geregelteren Nahrungsaufnahme in der ersten Tageshälfte zu verfehlen, da die Beschwerdeführerin angegeben habe, nur Teile des Essens zu ertragen und davon nicht satt zu werden. Ab etwa 14.00 Uhr scheine sie bis zum nächtlichen Schlafengehen nicht mehr in Form von Essattacken, aber sehr regelmässig immer wieder etwas zu essen. Nachmittags habe sie ihre Therapietermine, wobei sie momentan keinen Psychiater habe und auch die Atem- und Bewegungstherapie abgesagt habe, laut eigenen Angaben, weil sie nicht mehr möge. Es gebe Bereiche, in denen möge sie nichts machen. Sie kümmere sich um den Haushalt, wasche und versorge die Wäsche und schaue manchmal auch fern. Einmal pro Woche komme die Psychiatrie-Spitex, damit könne sie ihren Haushalt bewältigen (Urk. 21 S. 19-22, S. 32 ff. und S. 46). Laut Angaben ihrer besten Freundin sei sie nicht verwahrlost und komme eigentlich gut alleine zurecht: Sie wasche sich, bevor sie rausgehe, und ihre Wohnung habe keinen Messiecharakter (Urk. 21 S.

38 f.).

Abends, wenn nicht mehr viele Leute in den Läden seien, gehe sie ein kaufen und erledige die Abendrunde von rund 30 Minuten mit dem Hund. Dies habe den Vorteil, dass sie nicht gesehen werde. Nachdem sie zu Bett gegangen sei, könne sie sofort einschlafen.

Ihre nächsten Kontakte seien ihr vierter Ex-Mann und eine langjährige Freundin , mit denen sie fast täglich , teils aber nur telefonisch,

kommuniziere

(Urk. 21

S. 19-22, S. 32

f f. und S. 46). Sie habe grosse Angst vor der geplanten bariatrischen Operation, weil sie befürchte , dass dies der letzte Versuch sei und dieser wieder misslinge (Urk. 21 S. 30). Zudem habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie aufgrund ihrer Biographie kein gutes Selbstwertgefühl habe. Sie habe zwei Seiten: eine kompetente, aktive, extro vertierte und eine introvertierte (Urk. 21 S. 30 f.) . Aktuell sei sie auf der Su che nach einem Psychiater, der mit ihr eine Traumatherapie mache (Urk. 21 S.

46 f.). Sie sei nur mit Mühe und Unterstützung in der Lage, ihren Alltag auf recht zuerhalten und könne keiner irgendwie gearteten Erwerbstätigkeit nach gehen (Urk. 21 S. 31).

Dr. A.____ beobachtete im Rahmen der Exploration, dass die Be schwer deführerin einerseits mittelschwer depressiv herabgestimmt war mit deut lich eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und ausgeprägter Antriebs min de rung. D ie se habe über fast ständiges Grübeln, Zukunftsängste und Insuffizienz gefühle berichtet. Andererseits bestand laut der Psychiaterin eine sichtliche moto rische Unruhe, die Beschwerdeführerin sei mit Händen, Rumpf und Gesicht ständi g in Bewegung. Ferner habe sie versucht, bei Fragen zu ihren Essge wohn heiten auszuweichen;

vermutlich leugne sie ihre pathologischen Essgewohn heiten auch sich selbst gegenüber weiterhin. Dagegen trage sie körperliche Be schwerden wie regelmässigen Durchfall deutlich vor (Urk. 21 S. 33 und 47). Ihr Gewicht betrage aktuell 148 kg (Urk. 21 S. 35). Grunderkrankung der Adipositas sei die Essstörung. Die von Dr. med. H.____ , Facharzt für Chirurgie und Konsiliar arzt für bariatrische Chirurgie, herausgearbeitete Adipositas- und Essanamnese zeige, dass ihr Essver halten bereits in der Kindheit – bei noch bestehendem Normalgewicht – unüblich gewesen sei. Die auffälligen Essattacken hätten etwa Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre während der ersten schwierigen Partnerschaft eingesetzt. Die in der ICD-10 für Essstörungen verfügbaren Klassi fizierungen (Essattacken bei and e ren psychischen Störungen [F50.4] und nicht näher bezeichnete Es s stö rung en [F50.9]) könnten die Schwere ihrer Erkrankung nicht abbilden. Art und Ausmass ihrer Erkrankung entsprächen den Diagnosen Anorexia nervosa und Bulimia

nervosa , also schweren psychischen und ebenso körperlichen Erkrankungen. Am ehesten könne die Störung als Binge- Eating im Wechsel mit Grazing , also Ess attacken im Wechsel mit vielen kleinen Mahlzeiten pro Tag ohne Hungergefühl, beschrieben werden. Diese Störung habe zu einer sich über 30 Jahre aufschau kelnden Adipositas per magna mit einer Reihe von somatischen Folgeerkran kungen geführt (Urk. 21 S. 47 f.). Zusätzlich sei vom Bestehen einer rezidivie renden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Epi sode, auszugehen. Der im Selbst beurteilungstest Beck-Depressionsinventar (BDI) erzielte Wert für eine schwere depressive Symptomatik entspreche nicht dem Untersuchungsbefund und sei wohl auf eine Verdeutlichung zurückzuführen (Urk. 21 S.

48 f.). Weil sich aus der Biographie der Beschwerdeführerin Anhalts punkte ergäben, dass sie wieder holt hypomanische Episoden durchgemacht habe , bestehe zudem der Verdacht

auf eine bipolare affektive Störung (Urk. 21 S.

39 und 49 f.). Aufgrund der mit den klinischen Erhebungen übereinstimmenden Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen des SKID II-Tests sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, dependenten und Borderline -Anteilen auszugehen. Die von ihr ebenfalls angegebenen zwanghaften Anteile erschienen im Vergleich zu den klinischen Hinweisen als eher überzeichnet (Urk. 21 S. 37 f. und 50 ff.).

Abschliessend hielt die Gutachterin fest, die Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin zeige, dass sowohl ihr persönliches Wohlbefinden wie auch der berufliche Erfolg in eindrücklicher Weise von der Wertschätzung und Unterstützung durch andere Personen abhängig gewesen seien. Ihre Leistungsfähigkeit habe jeweils bei fehlender Unterstützung sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich abgenommen.

Sie habe über ihre berufliche Tätigkeit und ihre Tanzaktivitäten während Jahren viel Bestätigung und Wertschätzung erfahren. Diese habe sie im Zuge ihrer Dekompensation mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit verloren. Damals habe sich auch ihr Ehemann von ihr getrennt, wenngleich mit dem Exmann ein freundschaftlicher Kontakt fortbestehe. Seit 2013 scheine sie sich nicht mehr stabilisiert und auch keine hypomanische Phase mehr erlebt zu haben. Den medizinischen Berichten könne ab 2013 eine Zunahme der Essstörung, der notwendigen Behandlungsintensität und der Skepsis im Hinblick auf die Prognose entnommen werden. Einzige Ausnahme bilde die Beurteilung des psychiatrischen Z. ___ -Gutachters. Dessen Einschätzung einer Leistungsfähigkeit von 50 % ab März 2014 sei nach Auswertung aller Informationen angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin zwischen Mai 2013 und August 2017 während der Hälfte der Zeit stationär bis teilstationär behandlungs- und betreuungsbedürftig gewesen sei, nicht nachvollziehbar. Die Konzentration auf den psychopathologischen Befund sei weder bei Persönlichkeitsstörungen noch bei Essstörungen geeignet, die Symptomatik und den Schweregrad zu erfassen. Darauf hätten die Autoren des AMDP hingewiesen. Die Beschwerdeführerin habe zuletzt in einem Zeitraum von 52 Monaten während 25,5 Monaten intensiver Behandlung und Begleitung bedurft, wovon sie 15,5 Monate vollstationär hospitalisiert gewesen sei. Nach dem einjährigen Aufenthalt in einem Wohnheim

lebe sie wieder zu Hause; die Exploration habe es aber als fraglich erscheinen lassen, ob sie derzeit in der Lage sei, selbständig zu leben. Die diesbezüglichen Äusserungen ihrer Freundin würden ihre Fähigkeiten hervorheben

und dafür werben, ihr die Selbstständigkeit nicht zu nehmen. Eine Tagesstruktur sei aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin kaum mehr erkennbar. Die ursprünglich für den Nachmittag vorgesehenen Therapietermine, die Physio- und Atemtherapie, habe sie zwischenzeitlich abgesagt, und auch die psychiatrische Behandlung habe sie abgebrochen, angeblich, weil der Psychiater ihr nicht mehr zugehört habe. Trotz Suche habe die Beschwerdeführerin bisher keinen neuen Psychiater gefunden. Die in ihrer

Biographie durchscheinenden Ressourcen seien mittlerweile verschüttet, sie könne sie alleine nicht mehr mobilisieren. Ihre wenigen stabilen Kontakte zum letzten Ehemann und zur Freundin reichten hierfür nicht aus. Anhand des Instruments der Mini-ICF-APP werde deutlich, dass sie in zahlreichen der dort beschriebenen relevanten psychischen Funktionen bedingt durch die depressive Störung, die ausgeprägte Selbstunsicherheit, das eingebrochene Selbstwertgefühl und die Essstörung mittelschwer bis schwer

beeinträchtigt sei (Urk. 21 S. 52 ff.). Derzeit sei sie nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nachzugehen. Es stelle sich sogar die Frage, ob sie sich ausreichend pflegen und nicht selbstschädigend ernähren könne. Aus psychiatrischer Sicht stehe die Erhaltung ihrer Selbständigkeit im Vordergrund. Für die Chance auf eine relevante Besserung müsse sie wieder Hoffnung schöpfen, um den geplanten bariatrischen Eingriff und die anschließende Ernährungsumstellung in Angriff nehmen zu können. Hierzu sei eine längere Hospitalisation mit anschließendem integriertem Behandlungskonzept nötig (Urk. 21 S. 52 und 56 ff.).

4.4.1

Das Z.____-Gutachten vom 21. September 2016 beruht zwar auf umfangreichen multidisziplinären Abklärungen. Die vom psychiatrischen Teilgutachter gezogenen Schlussfolgerungen vermögen aber nicht vollends zu überzeugen. Die Beschwerdeführerin wendet zu Recht ein, dass er die von den behandelnden Ärzten erhobenen schweren depressiven Episoden negiert hat. Seine Feststellung, einzig die E.____ habe in ihrem Austrittsbericht vom 18. Mai

2015 (Urk. 7/41/25) ohne Begründung eine schwere depressive Episode diagnostiziert (Urk. 7/70/16), trifft nicht zu. Vielmehr ergibt sich aus dem Bericht der Psychiater der C.____ vom 27. Oktober 2015, dass jene Ärzte, unter anderem gestützt auf die Testergebnisse des Beck-Depressionsinventars (BDI), zu Beginn und teils auch nach Ablauf der bei Erlass des Berichts von der Beschwerdeführerin bei ihnen bereits durchlaufenen drei stationären Behandlungen eine schwere depressive Episode diagnostiziert hatten (Urk. 7/43/2-3 ; vgl. auch Urk. 21 S. 36). Auch ihrem neusten Bericht vom 22. August 2017 über die vierte Hospitalisation

vom 6. Juni bis 22. August 2017 in der C.____ ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei Klinikeintritt schwer depressiv war (Urk. 3). Ferner fehlt in der psychiatrischen Telexpertise eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverlauf bis zur Begutachtung, der ausweislich der Akten erhebliche Schwankungen aufwies, wegen Zunahmen der depressiven Symptomatik und des Gewichts immer wieder zu stationären Hospitalisationen Anlass gab und dazu führte, dass die Beschwerdeführerin damals in einer betreuten Wohnform lebte. Dies lässt die Frage aufkommen, ob anlässlich der Begutachtung überhaupt eine stabilisierte psychische Situation vorlag. Der bloße Hinweis des Z.____-Psychiaters, während der Hospitalisation habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden, hilft nicht weiter, da angesichts des Verlaufs unklar bleibt, ob zukünftig mit weiteren die Arbeitsfähigkeit vollständig aufhebenden Hospitalisationen zu rechnen war; im Rahmen einer Längsschnittbetrachtung kann dies die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit beeinflussen.

Auch

nimmt die Expertise nicht dazu Stellung, dass die behandelnden Psychiater der C.____ der Beschwerdeführerin im Bericht vom 27. Oktober 2015 ab März 2014 durchgehend bis mindestens Ende Oktober 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

bescheinigt hatten (Urk. 7/43/5). Dieser Einschätzung widersprach diejenige der Z.____-Gutachter, wonach ab März 2014 im Wesentlichen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestand, doch erheblich. Zwar ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, die auffälligen Persönlichkeitszüge hätten zur Entstehung der depressiven

Störung beigetragen, ebenso die Adipositas (Urk. 7/70/16). Eine klare Stellungnahme zum Einfluss der

Essstörung und deren Ursachen auf die gesundheitliche Dynamik, die Ressourcen und die Arbeitsfähigkeit fehlt aber.

In diesem Zusammenhang fällt auch auf, dass der psychiatrische Experte des Z.____ im Gegensatz zur Privatgutachterin Dr. A.____ (Urk. 21 S.

11 und 47

f.)

die ausführliche Adipositas- und Essanamnese im Bericht vom 29. September 2015 von Dr. H.____, Konsiliararzt für bariatrische Chirurgie, die eine frühere (re)Entstehung des pathologischen Essverhaltens nahelegt (Urk. 7/50/1-4), nicht diskutierte. Unglücklich, aber nicht entscheidend ist schliesslich auch der Umstand, dass der Z.____-Psychiater im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten sowie der Privatgutachterin keine psychometrischen Selbstbeurteilungstests durchgeführt hat (Urk. 7/70/12).

Da der psychiatrische Teilgutachter seine Schlussfolgerungen mithin unter Ausblendung wesentlicher Aspekte des gesundheitlichen Geschehens und abweichender ärztlicher Beurteilungen traf, erfüllt seine Beurteilung die Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c), und es kann nicht darauf abgestellt werden. 4.2

4.2.1

Zu prüfen bleibt, ob sich die zumutbare Arbeitsfähigkeit im relevanten Zeitraum mit dem massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gestützt auf das Privatgutachten von Dr. A.____ und/oder die weiteren medizinischen Akten bestimmen lässt.

4.2.2

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).

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351

E. 3a).

Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert. Auch ein Parteigutachten enthält somit Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können (BGE 125 V 351

E. 3b/ dd und

c ; vgl. konkret auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2012 vom 15. April 2013 E. 3 und 4.3). 4.2.3

Im ausführlichen psychiatrischen Privatgutachten von Dr. A.____ vom 27. Februar 2018 werden die medizinischen Vorakten umfassend gewürdigt (Urk. 21 S. 4-15) . Die Expertise beruht auf einer eingehenden Exploration und Anamneseerhebung (Urk. 21 S. 15-39) einschliesslich Selbst- und Fremdbeurteilungen zur Befunderhebung (Urk. 21 S. 35-38).

Hinsichtlich der gestellten Diagnosen (Adipositas per magna, Essstörung und rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode) besteht weitestgehend Übereinstimmung mit den zuvor berichtenden Ärzten. Dr. A.____ hat aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin bereits in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter ein auffälliges Essverhalten an den Tag gelegt hatte , wobei die eigentlichen Essattacken Anfang der 1980er Jahre während der ersten schwierigen Partnerschaft einsetzten. Auch aus dem Z.____ -Gutachten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bei Zurücksetzung, Belastungen und Anspannung mit Essattacken reagierte, welche sie kaum kontrollieren konnte (Urk. 7/70/15). Einzig bei der Persönlichkeitsdiagnostik weicht das Privatgutachten geringfügig

von den Beurteilungen der C.____ und des psychiatrischen Gutachters des Z.____

ab . Der Z.____ -Psychiater stellte diesbezüglich offensichtlich auf die Beurteilung der C.____ ab (vgl. Urk. 7/70/5, Urk. 7/70/16). Die dortigen Ärzte erhoben laut Bericht vom 27. Oktober 2015 mit dem SKID-Screeningbogen Werte einer akzentuierten Persönlichkeit an der Grenze

zu einer Persönlichkeitsstörung (aufgrund der erreichten Kriterien in den Dimensionen selbstunsicher [3/7], dependent [4/8], zwanghaft [3/8] und depressiv [4/7]; Urk. 7/43/3). Da Dr. A.____ mit dem gleichen Verfahren geringfügig schlechtere Werte erhob

(erfüllte Kriterien in den Dimensionen selbstunsicher 4 von 7, dependent 5 von 8 und Borderline

5 von 9; Urk. 21 S. 37 f.) , aufgrund welcher die Schwelle zu einer Persönlichkeitsstörung knapp überschritten war , ist nicht von einer wesentlich abweichenden Beurteilung auszugehen. Anlässlich ihrer Untersuchung im Februar 2018 verfügte die Privatgutachterin zudem über mehr Informationen über den Verlauf der Erkrankung und das Verhalten der Beschwerdeführerin . Ihre Ausführungen zur Entstehung der Persönlichkeitsstörung, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund belastender Ereignisse in ihrer Kindheit und Jugend kein gutes und stabiles Selbstwertgefühl aufbauen konnte und sich vor diesem Hintergrund die Persönlichkeitsproblematik entwickelte, überzeugen.

Dr. A.____ hat auch einleuchtend dargelegt , dass ab 2013 die Essstörung, die notwendige Behandlungsintensität und die Skepsis der behandelnden Ärzte im Hinblick auf die Prognose zugenommen haben. Einzige Ausnahme bildet die Beurteilung des psychiatrischen Z.____ -Gutachters, auf welche nach dem Gesagten aber nicht abgestellt werden kann. Mit Blick auf die Entwicklung der depressiven Störung und des Gewichts nach der Z.____ -Begutachtung ist

davon auszugehen , dass der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit unverändert instabil geblieben ist. Die Beschwerdeführerin lebt zwar nicht mehr in einer betreuten Wohnform.

Dies hat sich laut den überzeugenden Ausführungen von Dr. A.____ aber negativ auf die Tagesstruktur und das Gewicht aus gewirkt (anlässlich der Begutachtung wog die Beschwerdeführerin

wieder 148 kg; Urk. 21 S. 35).

Dass diese Krankheitsdynamik ab 2013 zu erheblichen Einschränkungen in der beruflichen Leistungsfähigkeit führte, ist nachvollziehbar. Die IV-Stelle anerkennt die gravierenden Einschränkungen der Beschwerdeführerin denn auch im Grundsatz (Urk. 27).

Dass Dr. A.____ die Beschwerdeführerin nur aus der psychiatrischen Fachwarte und nicht wie das Z.____ interdisziplinär begutachten konnte, schadet ihrer Expertise nicht: Zum einen konnte die Privatgutachterin auf die Beurteilungen der vier somatischen Gutachter des Z.____ abstellen, welche der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Adipositas auf die körperliche Leistungsfähigkeit eine um 25 % reduzierte Arbeitsfähigkeit bescheinigten; zum anderen ergibt sich auch aus dem Z.____-Gutachten, dass die schwerwiegendere psychische Symptomatik das Krankheitsgeschehen dominiert und die körperlichen Beeinträchtigungen

hauptsächlich insofern eigenständige Bedeutung erlangen, als dass sie das Profil an zumutbaren körperlichen Tätigkeiten eingrenzen (Urk. 7/70/28).

Das Privatgutachten von Dr. A.____ erfüllt damit die Voraussetzungen für beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen grundsätzlich (vorstehend E. 4.2.2).

4.2.4

Dr. A.____

bescheinigte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten

ab dem Zeitpunkt der Begutachtung. Gleichenorts wies sie auf ihre Analyse der Erwerbslaufbahn an anderer Stelle im Gutachten hin (Urk. 21 S. 57). Dort hielt sie fest, seit Beginn der lang anhaltenden depressiven Episode im Jahr 2013 scheine sich die Beschwerdeführerin nicht mehr stabilisiert zu haben (Urk. 21 S. 52). An einer weiteren Stelle führte sie aus, die Einschätzung des psychiatrischen Z.____-Gutachters, dass die Beschwerdeführerin ab März 2014 zu 50 % arbeitsfähig sei, obwohl sie zwischen Mai 2013 und August 2017 während der Hälfte der Zeit stationär bis teilstationär behandlungsbedürftig gewesen sei, überzeuge nicht (Urk. 21 S. 56). Aufgrund dieser Aussagen ist davon

auszugehen, dass die Privatgutachterin die Beschwerdeführerin spätestens seit März 2014 als vollständig arbeitsunfähig in sämtlichen Tätigkeiten betrachtete. Diese Einschätzung wird durch die Berichte der C.____

vom 27. Oktober 2015 (Urk. 7/43/5) und vom 22. August 2017 (Urk. 3) sowie durch den Bericht des Chirurgen Dr. med. I.____ von der J.____ vom 15. April 2016 über die Arbeitsunfähigkeit nach operativer Entfernung eines Magenwandtumors (Urk. 7/64/1-4), worin der Beschwerdeführerin von März 2014 bis Ende Oktober 2015, vom 4. Dezember 2015 bis 10. Februar

2016 sowie erneut ab 2. August 2017 jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, erhärtet, zumal mangels anderer Verlaufsberichte in diesem Zeitraum Anhalts

punkte fehlen, dass die Arbeitsfähigkeit zwischen zeitlich höher war .

Auch die Z.____-Gutachter gingen von einer im Wesentlichen gleichgebliebenen Arbeitsunfähigkeit ab März 2014 aus (Urk. 7/70/27). 4.2.5

Zwar trifft es zu, dass sowohl der Bericht der C.____ vom 22. August 2017 als auch das Gutachten von Dr. A.____ vom 27. Februar 2018 erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt wurden und auch den Gesundheitszustand nach diesem Zeitpunkt behandeln. Allerdings ist den ärztlichen Berichten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2013 ein Maximalgewicht von 145 kg bei einer Grösse von 168 cm erreicht hatte und dieses Gewicht anschliessend im Rahmen von Schwankungen relativ stabil blieb; anlässlich der Begutachtung durch Dr. A.____ wog sie 148 kg (Urk. 7/50/3, Urk. 7/70/9, Urk. 21 S. 35). Insgesamt zeigt der aktenmässig dokumentierte Verlauf der psychischen Symptomatik und des Gewichts, dass der Gesundheitszustand seit mindestens Anfang 2014 innerhalb eines im Wesentlichen stabilen Rahmens schwankte, so dass aus den entsprechenden Berichten auf den hier massgebenden Zeitraum zurückgeschlossen werden kann. 4.2.6

Da der Beschwerdeführerin im Gutachten von Dr. A.____ wegen der Essstörung mit Adipositas per magna , der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, dependenten und Borderline -Anteilen und der rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger Episode eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde , ist zusätzlich zu prüfen, ob die aus psychiatrischer Sicht bescheinigte Arbeitsunfähigkeit im Lichte der vom Bundesgericht für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen psychischer Krankheiten

als massgeblich bezeichneten Indikatoren schlüssig erscheint (vorstehend E. 1.5).

Dr. A.____ berücksichtigte die massgeblichen Indikatoren in ihrer Beurteilung (Urk. 21 S. 56 ff.). Sie erhob ein komplexes und schwergradiges psychisches Störungsbild mit einer ausgeprägten Persönlichkeitsproblematik , Essstörung und einer mittelgradigen Depression. Sie bescheinigte der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Defizite mittelschwere Einschränkungen in den Fähigkeitsbereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit , Gruppenfähigkeit sowie Pflege enger dyadischer Beziehungen, eine mittelschwere bis schwere Einschränkung in der Selbstpflege und Selbstversorgung und schwere Einschränkungen in den Funktionen Planung und Strukturierung von Aufgaben (Mühe bei der Aufrechterhaltung des Haushalts und der Tagesstrukturierung), Proaktivität und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Konversations- und Kontaktpflege zu Dritten (aufgrund von Selbstunsicherheit und eingebrochenem Selbstwertgefühl ; Urk. 21 S. 52-55). Die im Verhalten der Beschwerdeführerin zum Ausdruck kommende Willensschwäche ist somit Folge ihres psychischen Krankheitsbildes. Gleichzeitig wies Dr. A.____ darauf hin, dass sich die gesundheitliche Situation seit 2013 nicht mehr stabilisiert habe und sich aktuell die Frage stelle, ob die Beschwerdeführerin noch in der Lage sei, selbständig zu wohnen (Urk. 21 S. 52 und 56).

Wie die IV-Stelle zum Schluss gelangen konnte, dass weder ein besonders schwerer psychopathologischer Befund noch eine mittelgradig depressive Störung ausgewiesen seien , obwohl sämtliche Ärzte, einschliesslich des psychiatrischen Teilgutachters des Z.____ , bei der Beschwerdeführerin anhand diverser Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente eine mindestens mittelgradig depressive Symptomatik erhoben haben, ist nicht nach voll

ziehbar.

Die schwere Symptomatik bestand trotz intensiven therapeutischen Bemühungen seit Anfang 2014 mit zahlreichen stationären Hospitalisationen und verschiedenen ambulanten und teilstationären Massnahmen. Der ungünstige Verlauf lässt sich einerseits durch die ausgeprägte Persönlichkeitsproblematik mit instabilem Selbstwertgefühl, Abhängigkeit von der Wertschätzung sowie Unterstützung durch andere Personen und der Tendenz zu Essattacken sowie depressiven Episoden bei psychischer Belastung erklären. Dr. A. ___ hat herausgearbeitet, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre schwere Essstörung nur eine partielle Krankheitseinsicht aufweist (Urk. 21 S. 56). Zum anderen wirkte sich der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach der psychischen Dekompensation in Folge der beruflichen Probleme

an ihrem letzten Arbeitsplatz und der Trennung von ihrem vierten Ehemann stark an Gewicht zugelegt hatte

und ihre persönlichen Ressourcen nicht mehr mobilisieren konnte, ungünstig aus (Urk. 21 S. 57). In sozialer Hinsicht war sie isoliert und hatte praktisch nur noch Kontakt zu ihrem letzten Ehemann und einer Freundin.

Aus dem – nach Angaben der Beschwerdeführerin schwierigen – Kontakt zu allen Mitbewohnern während der Zeit des betreuten Wohnens (Urk. 7/70/8, Urk. 7/70/11-12) kann entgegen der Ansicht der IV-Stelle nicht auf mangelnde soziale Isolation geschlossen werden, ebenso wenig aus dem Halten eines Hundes. Da auch der psychiatrische Gutachter des Z. ___

darauf hinwies, die bisherige Therapie sei lege artis durchgeführt worden, die Beschwerdeführerin nehme die therapeutischen Optionen wahr, sie könne ihre Essstörung aber trotzdem kaum kontrollieren (Urk. 7/70/13-15, Urk. 7/70/25), kann ihr in dieser Hinsicht nichts vorgeworfen werden. Dass sie sich bis anhin nicht entscheiden konnte, die geplante operative Magenverkleinerung durchführen zu lassen, ist zumindest teilweise auf die psychische Problematik zurückzuführen: Sie gab Dr. A. ___ an, grosse Angst vor dem Eingriff zu haben (Urk. 21 S. 30).

Zudem erhob die Privatgutachterin als auffällige Persönlichkeitsmerkmale eine grosse Unsicherheit und eine eingeschränkte Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit.

Ferner ist zumindest fraglich, ob sie im Rahmen der Schadenminderungspflicht von der IV-Stelle zu einem solchen Eingriff angehalten werden könnte (was bis anhin noch nicht geschehen ist; der erstmalige Hinweis in der Beschwerdeantwort [Urk. 6 S. 3] ist jedenfalls verspätet).

Bei einer operativen Magenverkleinerung handelt es sich nämlich um einen schwerwiegenden Eingriff mit entsprechenden Risiken.

Dass die Beschwerdeführerin zuletzt die Therapie bei dem sie ambulant behandelnden Psychiater und die Atem- und Bewegungstherapie abgebrochen hat, lässt sich ebenfalls auf ihre krankheitsbedingten

Defizite zurückführen und ist Ausdruck der Negativspirale, in welcher sie sich befindet (Urk. 21 S. 57 f.). Soweit die IV-Stelle andeutet, die psychische Symptomatik werde hauptsächlich durch psychosoziale Belastungsfaktoren verursacht, ist ihr zu entgegen, dass bereits die lange Dauer und der Schweregrad der Symptomatik für ein v

erselbständigte s psychische s Krankheit s geschehen sprechen.

Soweit die IV-Stelle einwendet, eine Erwerbsunfähigkeit könne erst nach Durchführung der zumutbaren Behandlung

mit einer Gewichtsreduktion entstehen, von welcher auch eine Abnahme der psychischen Beschwerden erwartet werden könne, kann ihr nicht gefolgt werden. Der blosser Umstand einer Therapierbarkeit eines körperlichen oder psychischen Leidens bedeutet nicht, dass das Leiden und daraus folgende funktionelle Einschränkungen zu einem gegebenen Zeitpunkt vor dem erfolgreichen Abschluss der Behandlung nicht bestehen (vgl. etwa speziell für leichte bis mittelgradige depressive Störungen BGE 143 V 409 E. 4.4).

Während der psychiatrische Teilgutachter des Z.____ bei der Beschwerdeführerin keine Diskrepanzen feststellen konnte und keine Anhaltspunkte für Aggravation ausmachte (Urk. 7/70/13-15, Urk. 7/70/25) , beobachtete

Dr. A.____ , dass die Beschwerdeführerin

ihre psychischen und körperlichen Beschwerden eher hervorhob, andererseits

aber ihre pathologischen Essgewohnheiten dissimulierte (Urk. 21 S. 33, 47 und 56) .

Diese differenzierte Betrachtungsweise , welche sich in der gutachterlichen Diagnosestellung und Einschätzung der funktionellen Beeinträchtigungen niederschlug, spricht für die Reliabilität der

Einschätzung

der Privatgutachterin . Sodann zeigen ihre Erhebungen zum Tagesablauf der Beschwerdeführerin mit geringen Aktivitäten und weitgehend fehlender Struktur , wobei sie ihre Haushaltaufgaben nur mit Hilfe Dritter bewältigen kann (Urk. 21 S. 52-55) , dass das

Aktivitätenniveau in sämtlichen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist. Hinsichtlich des etwas höheren Aktivitätenniveaus anlässlich der Z.____-Begutachtung (Urk. 7/70/8, Urk. 7/70/11-12) ist zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin damals in einer begleiteten Wohnform mit vor gegebenen Tagesaktivitäten befand. Auch ein eingliedriges anamnestisch ausgewiesener Leidensdruck ist angesichts der zahlreichen absolvierten ambulanten und stationären Therapien ausgewiesen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin ist damit als weitestgehend konsistent einzustufen.

Vor dem Hintergrund der konsistent schweren Symptome und Fähigkeitsstörungen und des trotz intensiver und adäquater therapeutischer Bemühungen instabil gebliebenen Gesundheitszustandes erscheint die von Dr. A.____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten als schlüssig.

Eine willensmässige Überwindung der Einschränkungen ist der Beschwerdeführerin aktuell nicht möglich. Gestützt auf das Privatgutachten kann davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab März 2014 (vorstehend E. 4.2.4) in allen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig war. 4.2.7

Die IV-Stelle macht geltend, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin werde im Wesentlichen durch die Adipositas per magna beeinträchtigt; da diese keine IV-relevanten körperlichen oder geistigen Schäden verursacht habe und nicht die Folge solcher Schäden sei, bewirke sie keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität (Urk. 16, Urk.

E. 27

).

Diese Sichtweise findet in den Akten keine Stütze. Die behandelnden Psychiater der C.____

legten dar, dass die depressive Symptomatik und die damit verbundene reduzierte Konzentrations-, Auffassungsfähigkeit und Belastbarkeit zum Verlust der Leistungsfähigkeit geführt hätten (Urk. 7/43/2-7). Die Privatgutachterin Dr. A.____

führte die bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich auf die Kombination aus schwerer Essstörung, Persönlichkeitsstörung und anhaltender depressiver Episode zurück (Urk. 21 S. 57) . Dem Z.____ -Gutachten ist zu entnehmen, dass die körperlichen Beeinträchtigungen im angestammten Tätigkeitsbereich im Büro nur zu einer 25%igen Reduktion der Leistungsfähigkeit führen , wobei diese Einschränkung hauptsächlich durch die im Vordergrund der somatischen Beeinträchtigungen stehende Adipositas verursacht werde

(Urk. 7/70/19-21, Urk. 7/70/26-27) . Demgegenüber

ging der psychiatrische Teilgutachter unter Berücksichtigung der depressiven Symptomatik von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aus

(Urk. 7/70/13, Urk. 7/70/15-16). Deshalb kann keine Rede davon sein, dass die Beschwerdeführerin hauptsächlich durch ihre Adipositas beeinträchtigt werde .

Im Übrigen führen sämtliche Ärzte die Adipositas auf eine Essstörung zurück . Der psychiatrische Sachverständige des Z.____ wies darauf hin , dass die Beschwerdeführerin bei psychischer Belastung unter kaum zu kontrollierenden Essattacken leide, welche diagnostisch als

Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4) einzuordnen seien (Urk. 7/70/13, Urk. 7/70/15-16). Dr. A.____

legte dar, dass die in Art und Ausmass mit der Anorexia nervosa und der Bulimia

nervosa vergleichbare Essstörung der Beschwerdeführerin zu einer sich über 30 Jahre aufschaukelnden Adipositas per magna mit einer Reihe von somatischen Folgeerkrankungen geführt habe (Urk. 21 S. 47 f.). Damit steht auch fest, dass die Adipositas per magna Folge eines psychischen Schadens im Sinne der Rechtsprechung ist und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit , soweit sie über die rein psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit hinaus überhaupt selbständige Bedeutung erlangen, bei der Ermittlung des Anspruchs auf IV-Leistungen zu berücksichtigen sind (vorstehend E. 1.2). 5.

5.1

Da die Beschwerdeführerin nach dem Gesagten in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist, kann zur Ermittlung des Invaliditätsgrades auf die ziffernmässig genaue Ermittlung des Einkommens, welches sie ohne ihren Gesundheitschaden hätte verdienen können (Valideneinkommen) verzichtet werden (vgl. vorstehend E. 1.7). Bei einem Invalideneinkommen von Null beträgt der Invaliditätsgrad auf jeden Fall 100 % . Bei diesem Invaliditätsgrad hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente. 5.2

Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand nach dem Gesagten spätestens ab März 2014 (vorstehend E. 4.2.5) . Die IV-Stelle hat die einjährige Wartezeit im Sinne von Art. 28

Abs. 1 lit. b IVG ebenfalls am 1. März 2014

eröffnet (Urk. 7/71 /9).

Die Wartezeit war folglich am 1. März 2015 abgelaufen. Da sich die Beschwerdeführerin bereits am 22. Mai 2014 zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Urk. 7/2), war am 1. März 2015 auch die sechsmonatige Karenzfrist nach der Anmeldung gemäss Art. 29 IVG abgelaufen. Die Beschwerdeführerin hat folglich wie beantragt ab 1. März 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 6. 6.1

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zulasten der unterliegenden IV-Stelle (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) i.V. A. rt. 61

lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Für den Fall des Ersatzes der Parteikosten infolge Obsiegens kann die Partei dem Gericht vor dem Endentscheid eine detaillierte Zusammenstellung über die aufgelaufenen Kosten einreichen. Im Unterlassungsfall setzt das Gericht die Entschädigung nach Ermessen fest (§ 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigung vor dem Sozialversicherungsgericht); eine Frist zur Spezifikation zur Festlegung der Entschädigung ist nicht anzusetzen (Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Rz 207 zu Art. 61 ATSG mit Hinweisen). 6.3

Die Beschwerdeführerin hat keine konkreten Anträge zur Festlegung der Parteient schädigung gemacht und keine Kostennote eingereicht, weshalb unter Berücksichtigung der erwähnten Kriterien die Parteientschädigung

der Beschwerde führerin ermessensweise auf Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) fest zu setzen ist .

Das von der Beschwerdeführerin privat eingeholte Gutachten von Dr. A.____ war für die Entscheidungsfindung unerlässlich. Die Beschwerdeführerin hat allerdings keinen Antrag auf Übernahme der Gutachtenkosten gestellt (vgl. Urk. 11, Urk. 20, Urk. 29). Da nicht auszuschliessen ist, dass die Expertise durch Dritte, etwa eine Rechtsschutzversicherung (vgl. Urk. 12/1 S. 1), finanziert worden ist, besteht keine Grundlage, um der IV-Stelle auch die Kosten dieses Gutachtens unter dem Titel der Parteientschädigung (BGE 115 V 62 E. 5c) aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. Mai 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. März 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson , unter Beilage einer Kopie von Urk. 39 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 39 - BVG-Sammelstiftung Swiss Life - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 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 Fehr Klemmt

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