

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01365 vom 31. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01365

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01365 du 31 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01365 del 31 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

0. Dezember 2001 rückwirkend ab dem 1. September 1999

eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 11/28). Den Anspruch auf eine ganze Rente bestätigte die IV-Stelle mit Mitteilungen vom 9. August 2004 (Urk. 11/35) und 24. August 2010 (Urk. 11/55).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts ge brechen , Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Inva lidenversicherung [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 Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 psychi schen 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 Ein zelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der

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

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

Wurde eine Rente, wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neu anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu verge wissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerde fall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

) . Das ist unbestritten . 5.2

Dr. Z.____ verzeichnete hinsichtlich der Angsterkrankung im Rahmen einer langjährig entwickelten Panikstörung (F41.0) im Längsverlauf eine Besserungstendenz. In Bezug auf die bipolare Störung jedoch erkannte er in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater eine im Sommer 2015 eingetretene Zustandsverschlechterung im Vergleich zum remittierten Zustand im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Y.____ . Fest steht indes auch, dass diesbezüglich eine unzureichende Medikation besteht (Urk. 11/159 S. 15f.). Strittig ist, ob die Veränderung des Gesundheitsschadens invalidenversicherungsrechtlich relevant ist. 5.3

Die juristische Anspruchsprüfung ist in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.)

und die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens ist anhand des in BGE 141 V 281 aufgestellten Katalogs von Indikatoren vorzunehmen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1). Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder

äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E.

5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6 S.

307 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_126/2018 vom 6. Juli 2018, E. 2.2.2). 5. 4

5.4.1

Hinsichtlich des Komplexes der Gesundheitsschädigung hielt der psychiatrische Gutachter eine verminderte Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, eine eingeschränkte Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit sowie eine reduzierte Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bei persönlichkeitsstrukturell emotionaler Instabilität fest. Er fand bei der bipolaren affektiven Störung Hinweise für einen rasch wechselnden Verlauf im Sinne eines Rapid-Cycling, im Zeitpunkt der Begutachtung präsentierte sich die Beschwerdeführerin in einer mittelgradig depressiven Episode (Urk. 11/159 S. 16). Die diagnoserelevanten Befunde erweisen sich daher als mittelgradig ausgeprägt, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erkannte (vgl. E. 4.5).

Hinsichtlich des Therapieverlaufs weist der Gutachter darauf hin, dass seit dem Jahr 1997 eine ambulante psychiatrische Behandlung dokumentiert sei (vgl. Urk. 11/159 S.

14) und die Beschwerdeführerin laut eigenen Angaben in regel mässiger ambulanter Therapie sei (Urk. 11/159 S. 12). Sie zeige eine gute Therapie-Compliance, die pharmakologische Behandlung sei jedoch nicht optimal eingestellt und werde nicht ausgeschöpft. (vgl. E. 4.3; Urk. 11/159 S. 16

f.). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin

in regelmässiger psychiatrischer Behandlung steht, ist ein Leidensdruck ersichtlich, was im Übrigen auch die Beschwerdeführerin anerkannte (vgl. E. 4.5). Aufgrund der mangelhaften Medikation kann jedoch nicht von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung ausgegangen werden. 5. 4.2

Hinsichtlich der Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (Indikator «Komorbiditäten») ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung bei zumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Vorliegend nannte der Gutachter die ophthalmologische Situation mit insbesondere eingeschränktem Gesichtsfeld als körperliche Begleiterkrankung (vgl. E. 4.3). Die behandelnden Augenärzte erachteten die Amblyopie auf der linken Seite lediglich bei der Berufswahl als bis zu einem gewissen Grad einschränkend (vgl. E. 4.4).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E.

4.2.4). Allerdings kann ein solcher Faktor den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen ebenfalls beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Der Gutachter diagnostizierte eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabil-hysteriformen und ängstlich-abhängigen Zügen (ICD-10: Z73.1). Diese würden auf das psychische Krankheitsbild Einfluss nehmen (vgl. E. 4.3; Urk. 11/159 S. 17). 5.4.3

Die Beschwerdeführerin verfügt über keinen wirklichen Freundeskreis. In manischen Phasen sei sie aber sehr offen und würde jeden ansprechen (Urk. 11/159 S.

12). Im Rahmen der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin über eine ausgeprägte Instabilität in ihrem Privatleben berichtet und angegeben, die Beziehung zur bei ihr lebenden Tochter sei angespannt und sie würde ohne

einen festen Partner leben (vgl. Urk. 11/159 S. 9). Die Anamnese zeigt indessen, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit in der Lage war, über längere Zeit stabile Beziehungen zu führen (vgl. Urk. 11/159 S. 8f). Die sozialen Aktivitäten sind insbesondere während depressiven Phasen eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin gab an, einzig die Spaziergänge mit ihrem Hund würden ihr Tagesstruktur geben und sie aus der Wohnung rausholen. Ihre Körperpflege vernachlässige sie in depressiven Phasen. In einer manischen Phase hingegen würde sie sich schminken und könne viele Aktivitäten ausüben, den Haushalt erledigen, sich Essen zubereiten und Tennis spielen (vgl. Urk. 11/159 S. 11). Die Beschwerdeführerin verfügt über ein gutes intellektuelles Ausbildungsniveau, hat aber bereits über 20 Jahre nicht mehr gearbeitet (vgl. Urk. 11/159 S. 9). Dr. Z. ___ verwies überdies auf die privaten Belastungsfaktoren, die erschwerend hinzukommen würden (Urk. 11/159 S. 17). Insgesamt enthält der soziale Lebenskontext (Komplex «sozialer Kontext»; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) nur wenige Ressourcen, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass aus dem Gutachten hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin in allen Lebensbereichen eingeschränkt ist, mithin

auch alle sozialen Aktivitäten beeinträchtigt sind . 5.5

Bei gesamthafter Betrachtung der massgeblichen Indikatoren kann daher der gutachterlichen Beurteilung gefolgt werden, wonach die psychische Störung zwar auch von IV-fremden psychosozialen Faktoren erheblich beeinflusst

wird , eine mittelgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit jedoch durch psychische Funktionseinschränkungen mitbegründet ist und aus psychiatrischer Sicht die Beschwerdeführerin , zumindest solange die medikamentöse Behandlung der bipolaren Störung nicht optimal gelingt, im Umfang von 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Urk. 11/159 S. 17). 6. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6.2

Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz hauptsächlich als Verkäuferin und Tennislehrerin gearbeitet hatte (vgl. Urk. 11/159 S.

9 , Urk.

11/11), ist davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall in einem 100%-Pensum einer entsprechenden Hilfstätigkeit nachgehen würde. Dabei würde sowohl beim mutmasslichen Validen- wie beim Invalideneinkommen derselbe Tabellenwert nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen zur Anwendung gelangen, wobei für das Invalideneinkommen keine über die attestierte Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung zu berücksichtigen wäre. Bei 50%iger Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, wobei auch die letzte ausgeübte Tätigkeit als Tennislehrerin laut dem psychiatrischen Gutachter (vgl. E. 4.3) sowie den behandelnden Augenärzten (vgl. E. 4.4) als Verweistätigkeit erachtet werden kann, kann von der ärztlichen geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 50 %. 6.3

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

Die aufgrund psychischer Probleme mit Verfügung vom 10. Dezember 2001 zugesprochene Rente (Urk. 11/28) wurde mit Verfügung vom 23. April

2013 (Urk. 11/107) wiedererwägungsweise aufgehoben. Dr. Z.____ konstatierte eine fachärztlich psychiatrisch nachvollziehbare Zustandsverschlechterung seit August 2015 (vgl. Urk. 11/159 S. 18). Damit führte die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin gut zwei Jahre nach der Rentenaufhebung erneut zu einer Arbeitsunfähigkeit, weshalb ein Tatbestand nach

Art. 29 bis IVV gegeben ist.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs . Insofern hat die Beschwerdeführerin seit 1. Mai 2016 Anspruch auf eine halbe Rente.

Die Beschwerde erweist sich damit als begründet und ist gutzuheissen. 7.

E. 3

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

E. 3.1

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet die Wiedererwägung v
erfügung vom 23. April 2013 (Urk. 11/107), welcher in medizinischer Hinsicht im
Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ vom 30. April 2012 (Urk.
11/72) zugrunde lag.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin wurde am 24. April 2012 von Dr. Y.____ untersucht. Im Rahmen
der objektiven psychopathologischen Befunderhebung hielt er fest, die Beschwerdeführerin
sei in Begleitung eines Spitex-Mitarbeiters pünktlich zur Exploration erschienen. Sie wirke
merklich sediert und verhangen, sei aber allseits voll orientiert. Im Kontaktverhalten wirke
sie misstrauisch und etwas ablehnend. Fragen zum Tagesablauf und Freizeitverhalten
würde sie auch nach mehrfacher Nachfrage nur vage beantworten. Insgesamt sei sie aber
ausreichend kooperativ und auskunftsbereit. Das Gangbild sei behäbig, aber sicher. Das
äussere Erscheinungsbild sei sehr gepflegt. Ein Rapport sei zufriedenstellend herstellbar.
Die Beschwerdeführerin spreche mit gut modulierter, aber verwuschelter, Stimme. Die
Grundstimmung sei klagsam, die affektive Schwingungsfähigkeit jedoch nicht
eingeschränkt. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen deutlichen appellativen
Charakter und seien dramatisierend. Es sei eine Tendenz zur Symptomausweitung und
Selbstlimitierung erkennbar. Der formale Gedankengang sei geordnet und nachvollziehbar,
inhaltlich jedoch auf die Beschwerdeschilderungen und eigenen Defizite fokussiert.
Relevante akzentuierte Persönlichkeitszüge seien nicht zu finden. Ebenso wenig seien
inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaftem Erleben zu eruieren. Die Gedächtnisfunktionen
sowie Aufmerksamkeit, Konzentration und Intelligenz seien klinisch intakt. Das
Antriebsverhalten sei infolge der medikamentösen Sedierung reduziert. Psychomotorisch
sei die Beschwerdeführerin entsprechend verlangsamt. Zwangsgedanken oder -handlungen
sowie Ich-Störungen seien keine zu eruieren. Es würden sich auch keine Hinweise auf
Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen ergeben und ein Fremdbeeinflussungs
erleben werde verneint. Eigenanamnestisch würden agora- und sozialphobische Ängste
sowie Panikattacken beschrieben werden. Anhaltspunkte für eine akute Eigen- oder
Fremdgefährdung würden nicht vorliegen (Urk. 11/72 S. 9f.).

Dr. Y.____ nannte die Diagnosen Panikstörung (ICD-10: F41.0) und Agoraphobie (ICD-10:
F40.0) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/72 S.

10), wobei diese aus versicherungsmedizinischer Sicht keine vollumfassende Arbeits
unfähigkeit begründen würden. Dagegen spreche insbesondere das Aktivitätsniveau der
Beschwerdeführerin. So habe sie angegeben, selbständig mit dem Auto ihres Ex-Partners zu
fahren und zwei- bis dreimal pro Jahr in Begleitung eines Kollegen die
Familienangehörigen in Ungarn zu besuchen. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin habe in
seinem Arztbericht zudem angegeben, ihm sei nie eine schwerwiegende Depression
aufgefallen und eine solche sei von ihr auch nie beklagt worden. Ferner würden IV-fremde
Faktoren respektive psychosoziale Belastungen durch die Ehescheidung bzw.

Partnertrennung (die Beschwerdeführerin sei alleinerziehend), Arbeitsplatzverlust und finanzielle Schulden in der Höhe von etwa Fr. 50'000.-- bestehen (Urk. 11/72 S. 13). Weiter äusserte Dr. Y.____, die bipolare affektive Psychose sei gegenwärtig remittiert (ICD-10: F31.7) und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/72 S. 10). Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerde führerin aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine mindestens 50%ige Arbeits fähigkeit für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Tennislehrerin zu attestieren. In einer dem psychischen Leiden optimal angepasste Tätigkeit bestehe aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine Arbeits fähigkeit im Umfang von 70 %. Geeignet seien zeitlich flexible, ausreichend strukturierte und wohnortnahe Tätigkeiten in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre, ohne permanenten Zeit- und Termindruck. Die emotionale Belastbarkeit sei herabgesetzt, phasenweise beständen zudem eine Antriebsminderung und Verlangsamung des Arbeitstempos (Urk. 11/72 S. 13). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 17. November 2015 sind die von ihr eingereichten Arztberichte (Urk. 11/140 und Urk. 11/143) sowie die durch die Beschwerdegegner in eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 11/164, Urk. 11/165 und Urk. 11/168) und das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 7. November 2016 (Urk. 11/159) aktenkundig. 4.2

Die Beschwerdeführerin war zwischen April und Dezember 2015 im A.____ - zwischenzeitlich auch tagesklinisch - in Behandlung gewesen.

In ihrem Bericht vom 22. Februar 2016 (Urk. 11/143) diagnostizierten die Ärzte des A.____ eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3) sowie eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) und äusserten den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, paranoiden und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10: F61.0), differenzial diagnostisch eine Persönlichkeitsakzentuierung. Eine Selbstlimitierung könne nicht nachgewiesen werden, nehme die Beschwerdeführerin doch regelmässig und motiviert am tagesklinischen Programm teil. Hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte sodann fest, es sei mit Überforderung, einer schwachen Durchhaltefähigkeit, reduzierter Belastbarkeit sowie reduzierter Konfliktfähigkeit zu rechnen. Somit sei nicht davon auszugehen, dass sie nachhaltig in einer angepassten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Leistung erbringen könne. 4.3

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin führte Dr. Z.____ am 24. Oktober 2016 eine psychiatrische Begutachtung durch (Urk. 11/159). Er konstatierte, die Beschwerdeführerin wirke bewusstseinsklar, vollständig orientiert, gepflegt, modisch gekleidet, sportlich erscheinend und sehr um Kooperation bemüht. Die Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit seien eingeschränkt, die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit würden mit zunehmender Untersuchungsdauer nachlassen. Die Gedächtnisleistung sei cursorisch intakt. Ihr Antrieb sei herabgesetzt, psychomotorisch wirke sie angespannt und würde eine Nervosität und innere Unruhe vermitteln. In der Grundstimmung sei sie deutlich depressiv ausgelenkt, niedergestimmt und weinerlich und zeige über weite Strecken eine ausgeprägte emotionale Instabilität. Immer wieder sei sie den Tränen nahe. Zudem verweise sie immer wieder auf negative Erfahrungen im Rahmen der Vorbegutachtung. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Hinweise für Wahnerleben, Halluzination, Beeinflussungserleben, akute Selbst- oder Fremdgefährdung

gebe es keine . Sie berichte aber über wiederkehrende suizidale Gedanken und Impulse, von denen sie sich aktuell jedoch distanzier e . Die Beschwerdeführerin habe über wiederkehrende aus heiterem Himmel auftretende Panikattacken, zuletzt vor zwei Tagen, dann wieder in einem Intervall von bis zu zwei Wochen Pause, berichtet. Der f ormale Gedankengang sei geordnet , inhaltlich jedoch sehr auf die Vor stellung einer erneuten IV-Berentung als Entlastung fokussiert . D iesbezüglich seien wenig rehabilitative Ansatzpunkte oder beruflich aktivierbare Ressourcen

zu erkenn en . Im Rahmen des über Jahrzehnte entwickelten Krankheitsgeschehens zeige sich eine deutlich chronifizierende Fehlentwicklungstendenz mit dysfunk tional selbstlimitierenden Anteilen im Rahmen der Krankheits fehlverarbeitung und in der Darstellung zum Teil mit theatralisch katastrophisierenden Ausfüh rungstendenzen . Es gebe aber keine Anhaltspunkte für bewusste Aggravation oder Simulation . Gesamthaft sei sie sehr instabil und wenig belastbar. Ihre An passungs - und Interaktionsfähigkeit sowie die situative Flexibilität seien

herab gesetzt. Des Weiteren weise sie eine eingeschränkte Therapie-Compliance hin sichtlich der benötigten Medikation auf, die sie teilweise wegen selbst erlebten und abgelehnten Nebenwirkungen (Gewichtszunahme) ablehne (Urk. 11/159 S.

13) . Insgesamt stehe das aktuelle Zustandsbild (im Zeitpunkt der Begutachtung) in Übereinstimmung mit dem zuletzt erfassten mittelgradig depressiven Zu stands bild seitens der Behandler vom A.____ (vgl. vorstehend E. 4.2). Der von der Beschwerdeführerin beschriebene wechselhafte Verlauf mit einer seit drei Wo chen anhaltenden manischen Phase (vermehrte Aktivitäten, Kaufsucht, Verschulden, distanzloses Verhalten) korreliere mit der Beschreibung des ambulant behandelnden Psychiaters (vgl. Urk. 11/140) hinsichtlich wiederholt gemischter Episoden und gebe erneut einen Hinweis auf einen rasch wechselnden Verlauf zwischen depressiven und manischen Phasen im Sinne eines Rapid-Cycling (Urk. 11/159 S. 15f.).

Dr. Z.____ nannte folgende Diagnosen: - Bipolare affektive Störung gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3) bei Hinweisen für rasch wechselnden Verlauf im Sinne eines Rapid- Cycling , medizinischer Endzustand nicht erreicht, aktuell unzureichende medikamentöse Behandlung - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10: F41.0) - Akzentuierte Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabil-hysteri formen und ängstlich-abhängigen Zügen, nicht das Ausmass einer Persönlich keitsstörung erreichend (ICD-10: Z73.1)

Dr. Z.____ konstatierte, psychopathologisch sei die Beschwerdeführerin im Rahmen des reduzierten Antriebs, der verminderten Auffassungs- und Konzen trationsfähigkeit, der depressiven Grundauslenkung, der emotionalen Instabilität, der Ängstlichkeit und der inneren Unruhe, Anspannung und verminderten Be last barkeit sowie der Stressresistenz beeinträchtigt. Funktionell würden sich mittelgradige Einschränkungen im Bereich der Belastbarkeit, Durchhalte fähig keit, Anpassungs- und Interaktionsfähigkeit, der kognitiven Dauerleistungs fähig keit, der Stress resistenz, der Wegefähigkeit und der Flexibilität und Interaktions fähigkeit insbesondere bezogen auf Arbeits- und Gruppenprozesse ergeben. An Ressourcen würden sich ein gutes intellektuelles Ausgangsniveau, eine einiger massen stabile private Situation mit allerdings belasteter Beziehung zur bei ihr lebenden Tochter und eine grundsätzlich mehrheitlich gegebene Therapie-Com pliance, allerdings nicht bezogen auf die Medikation (siehe oben), festhalten lassen. Erschwerend seien nicht primär

versicherungsmedizinisch zu gewichtende private Belastungsfaktoren und eine dysfunktional selbstlimitierende Fehlentwicklungstendenz im Rahmen des chronifizierten Verlaufs zu berücksichtigen, wobei dies nicht im Sinne einer bewussten Simulation, sondern im Rahmen der langjährig chronifizierten Fehlentwicklung zu sehen sei. Dr. Z. ___ attestierte der Beschwerdeführerin unter Abwägung der objektivierbaren Psychopathologie und der resultierenden funktionellen Einschränkungen, mit aktuell feststellbarer Zustandsverschlechterung der bipolaren Störung gegenüber dem remittierten Zustand in der Begutachtung 2012 (vgl. vorstehend E. 3.2), gegenüber den bestehenden Ressourcen und den nicht primär versicherungsmedizinisch zu gewichtenden Aspekten aus fachärztlich psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit seit August 2015. Optimal angepasst sei eine Tätigkeit in reizarmer Umgebung mit möglicher flexibler Zeiteinteilung ohne Termindruck. Grundsätzlich sei auch eine Tätigkeit als Tennislehrerin möglich. Diesbezüglich müsse jedoch die ophthalmologische Situation mit insbesondere eingeschränktem Gesichtsfeld zusätzlich berücksichtigt werden (Urk. 11/159 S. 17). Da die bipolare Erkrankung noch weiter behandel- und besserbar sei und die medikamentösen Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien, sei medizinisch-theoretisch durchaus eine höhere Leistungsfähigkeit möglich, eine verbindliche Prognose könne aber nicht gestellt werden (vgl. Urk. 11/159 S. 18). 4.4

Die Augenärztin Dr. med. B. ___ berichtete über eine bei der Beschwerdeführerin seit Geburt bestehende Schielamblyopie auf dem linken Auge, wobei diese keine Auswirkung auf die bisherige Tätigkeit habe (vgl. Arztbericht vom 23. Januar 2017; Urk. 11/164). Auch Dr. med. C. ___, FMH Ophthalmologie und speziell Ophthalmochirurgie, attestierte der Beschwerdeführerin aus ophthalmologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit, auch wenn die Amblyopie auf der linken Seite bei der Berufswahl gewisse Einschränkungen (keine Arbeit auf hohen Gerüsten, kein Führen von gewerbsmässigen Personentransportfahrzeugen oder Kraftfahrzeugen) mit sich bringen würde (vgl. Arztbericht vom 1. Februar 2017 [Eingangsdatum]; Urk. 11/165). 4.5

Gestützt auf das psychiatrische Gutachten nahm die Beschwerdegegnerin eine Ressourcenprüfung (vgl. E. 1.2) vor

(vgl. Feststellungsblatt; Urk. 11/175 S. 6

f.) .

Hinsichtlich des funktionellen Schweregrads wurde die Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde als mittelgradig erachtet. Die Beschwerdeführerin stehe in regelmässiger ambulanter Therapie, ein Leidensdruck bezüglich der medizinischen Situation scheine gegeben. Die Medikation sei aber noch optimierbar. Was die Panikattacken betreffe, sei eine Zustandsverbesserung zu verzeichnen. Trotz dem sei eine berufliche Wiedereingliederung nicht gelungen. Als Komorbiditäten wurde die ophthalmologische Einschränkung genannt. Weiter wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei zwar emotional-instabil und hysterisch und es bestehe eine ängstlich-abhängige Akzentuierung, das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung werde hingegen nicht erreicht. Ausserdem könne die Beschwerdeführerin auf verschiedene Ressourcen zurückgreifen. So verfüge sie über ein gutes intellektuelles Ausgangsniveau. Weiter habe sie im Rahmen der Begutachtung bei Dr. Z. ___ angegeben, dass der Hund ihr Tagesstruktur

gebe, sie Auto fahren könne und hobbymässig Tennis spiele. Als psychosoziale Belastungsfaktoren wurde der Druck vom Sozialamt, die finanzielle Not (unter anderem Schulden über Fr. 60'000.--) sowie die Probleme und verbalen Auseinandersetzungen mit der Tochter genannt. Das soziale Umfeld sei jedoch einigermaßen stabil. Die Einschränkung des Aktivitätsniveaus sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig, wobei sie während manischer Krankheitsphasen über ein gesteigertes Aktivitätsniveau verfüge. Es würden aber auch dysfunktional selbst limitierende Anteile vorliegen, zum Teil mit theatralisch katastrophisierenden Ausführungstendenzen.

Die Beschwerdegegnerin verwies ferner darauf, dass das Zustandsbild betreffend die bipolare Störung noch weiter behandel- und besserbar sei und die medizinischen Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien. Unter weitergehender fachpsychiatrischer Behandlung mit Optimierung der Medikation könne die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit medizinisch-theoretisch innerhalb von sechs bis zwölf Monaten auf 70 % erhöht werden. Was die Panikstörung betreffe, sei eine Besserungstendenz zu verzeichnen. In Bezug auf die akzentuierte Persönlichkeitsstruktur

wurde darauf hingewiesen, dass es den Z-Diagnosen aus juristischer Sicht an der erforderlichen Erheblichkeit mangle. Zusammenfassend sei das Zustandsbild weiter behandel- und besserbar. Ausserdem sei die aktuelle Medikation unzureichend. Gemäss Rechtsprechung falle ein psychisches Leiden invalidenrechtlich nur in Betracht, wenn es erwiesenermassen schwer und therapeutisch nicht mehr angebar sei. Daher sei aktuell eine invalidenrelevante psychische Einschränkung zu verneinen. 5. 5.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 7. November

2016 (Urk. 11/159) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 11/159 S. 3-

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus 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. 7.1

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit erweist sich das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos.

E. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) 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).

Die Parteientschädigung ist auf Fr. 1'850.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 20. November 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % ab dem 1. Mai 2016 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'850.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
HurstStadler

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).

E. 10

) . Der Gutachter hat detaillierte und nach vollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben (Urk. 11/159 S. 13-16) und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt (Urk. 11/159 S. 10) . Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nach voll ziehbar begründet (Urk. 11/159 S. 16-19) . Dem psychiatrischen Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E.

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