

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00021 vom 6. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00021)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00021 du 6 décembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00021 del 6 dicembre 2019

## Erwägungen

### E. 1

1. April 2016 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 8/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche ( Urk. 8/6, Urk. 8/8) und medizinische ( Urk. 8/11, Urk. 8/19, Urk. 8/22, Urk. 8/33, Urk. 8/37 ) Abklärungen, holte ein psychiatrisches Gutachten ( Urk. 8/52) ein und zog Akten des Krankentaggeldversicherers ( Urk. 8/2, Urk. 8/18, Urk. 8/30 ) zum Verfahren bei. Am 27. August 2018 erliess die IV-Stelle den Vorbescheid ( Urk. 8/63). Die Versicherte brachte dagegen Einwände ( Urk. 8/64, Urk. 8/70, Urk. 8/73) vor.

Mit Verfügung vom

### E. 1.1

unten).

Zu den aktuellen Beschwerden sei angegeben worden, in Menschenmassen und ausserhalb der Wohnung empfinde die Beschwerdeführerin teilweise Ängste, die teils zu einem Vermeidungsverhalten führten. Die Ängste würden auch bei Fahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln aktiviert, seien aber zum grossen Teil beherrschbar. Teilweise fühle sie sich überfordert und traurig (S. 6 oben). Der Schlaf sei ganz schlecht.

Es sei jedoch nur sehr bedingt möglich gewesen, eine genaue Aussage der Beschwerdeführerin bezüglich der Einschlaf- und Durchschlafstörungen zu erhalten. Trotz wiederholtem Nachfragen habe sie nicht angegeben, wann sie durchschnittlich ins Bett gehe. Sie habe erklärt, dass sie immer um 3 Uhr morgens aufwache (S. 6 Mitte). Während zehn Jahren habe die Diagnose einer Anorexia nervosa bestanden. Genaue Angaben sei es jedoch auch diesbezüglich nur schwer zu erfahren. Sie sei untergewichtig gewesen und es habe ein Gewicht von 42 kg bestanden (S. 6 unten).

Die Beschwerdeführerin habe am Ende der Untersuchung ein ausgeprägt aggressiv-bedrohliches Verhalten gezeigt und sich beleidigend gegenüber dem Untersucher geäussert. Dies lasse sich dahingehend interpretieren, dass den Wünschen der Beschwerdeführerin nicht nachgekommen worden sei. Ihr Verhalten stehe dazu in einem eindeutigen kausalen Zusammenhang. Bezüglich des sozialen Kontextes habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie sich mit ihren Hunden beschäftige und sie hier teilweise mit Menschen interagiere. Ansonsten sei sie sehr enttäuscht von Menschen (S. 6 f.). 3.

### E. 1.2

unten). Die Patientin gebe sich immer besser, als sie sich eigentlich fühle. Erst, wenn ihre Maske nicht mehr halte - dies sei zum Schluss der vier stündigen Marathonsitzung der Fall gewesen - zeige sich ihr wahrer Zustand (S. 6 Ziff.

### E. 1.3

oben). Was die Patientin benötige, wäre eine Zeit der Ruhe, der Sicherheit, damit sie beginnen könne, sich zu regenerieren. Dies sei in diesem Fall nur mit einer IV-Berentung möglich (S. 13 unten).

#### 4. 4.1

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.2

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).

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 beweisbelastete 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). 4.3

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

Leidens druck (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). 5.1

Die behandelnde Psychiaterin D.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, leicht bis mittelgradig, eine subakute Belastungsreaktion sowie eine Angststörung und eine soziale Phobie mit Panikattacken. Im Juli 2016 diagnostizierte sie noch eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom und einem ausgeprägten psychosozialen Erschöpfungssyndrom. Im Juli 2016 und im Bericht vom 16. Januar 2017 attestierte die Psychiaterin

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vorstehend E. 3.4 und 3.6). In der Folge ging sie davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht wieder

erreichen können

(E. 3.7).

Dr. E.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus, mittelgradig ausgeprägt, eine Agoraphobie, mittel- bis leichtgradig ausgeprägt, und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (vorstehend E. 3.8.4). Nach der Einschätzung durch Dr. E.\_\_\_\_ bestand in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit seit Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für die angestammte Tätigkeit attestierte er ab September 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Für eine angepasste Tätigkeit attestierte er ab dem gleichen Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (E. 3.8.5). 5.2

Das psychiatrische Gutachten beruht auf der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Auf die geklagten Beschwerden wurde hinreichend eingegangen und das Gutachten wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Es leuchtet weiter in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen ein.

Die Berichte und die Stellungnahme von D.\_\_\_\_ vom 14. November 2018 vermögen keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens von Dr. E.\_\_\_\_ zu begründen. Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist insbesondere vor dem Hintergrund der Unterschiede zwischen therapeutischer Behandlung einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits zu sehen. Bezeichnenderweise wirft D.\_\_\_\_ dem Gutachter in der Stellungnahme vom 14. November 2018 fehlende Empathie gegenüber der Beschwerdeführerin vor (vorstehend E. 3.10). Der Gutachter war jedoch gerade zur Erstattung eines unabhängigen und unparteiischen Gutachtens beauftragt. Sein Leistungsauftrag bestand auch darin, die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin kritisch zu prüfen und zu hinterfragen. Hinweise auf eine Voreingenommenheit des Gutachters liegen entgegen der Kritik von D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.

#### **E. 1.4**

unten).

Die Psychiaterin gab zum Befund an, die Beschwerdeführerin sei im Gespräch kognitiv nicht eingeschränkt. Im Alltag bemerke sie aber eine verminderte Konzentrationsspanne und eine stark eingeschränkte Belastbarkeit. Sozial habe sie sich fast vollständig zurückgezogen. Psychotische Symptome bestünden nicht. Affektiv sei sie niedergestimmt und wenig auslenkbar. Die Beschwerdeführerin habe Angst, Gefühle auszudrücken. Zwischendurch werde die grosse innere Not aber sichtbar. Bezüglich der Zukunft sei sie rat- und hoffnungslos (S. 3 Mitte). Es bestünden eine fast vollständige Ahedonie, Appetitlosigkeit und eine Erschöpfung. Ein krankheitsbedingter Antriebsmangel sei zwar anzunehmen, aber nicht klar abzugrenzen (S. 3 unten). Die Patientin komme einmal wöchentlich in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (S. 4 Ziff.

### E. 1.5

unten).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Versicherungsspezialistin bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 4 Ziff. 1.6). Die Patientin sei sicher für mindestens weitere sechs Monate zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 unten). Die Psychiaterin gab als Einschränkungen an, die Patientin sei nicht belastbar und könne sich nicht ausreichend konzentrieren. Weiter habe sie grosse Angst vor Anfeindungen und einer erneuten Enttäuschung für einen jahrelangen Einsatz. Zudem bestünden starke vegetative Angstsymptome und es falle ihr zurzeit auch schwer, sich in öffentliche Verkehrsmittel und in Menschengruppen zu begeben.

Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (S. 5 Ziff. 1.7). 3.5

Im am 14. Juli 2016 (Urk. 8/18/5-9) eingegangenen Bericht gab

D.\_\_\_\_

ergänzend an, die Patientin habe sich seit zwanzig Jahren als alleinerziehende Mutter eines schwer ADHD betroffenen Sohnes immer für diesen eingesetzt. Die Institutionen hätten sie aber hingelassen. Neue Betreuungsmöglichkeiten für den Sohn habe sie selber organisieren müssen

(S. 2 Mitte). Aktuell führe sie hauptsächlich ihre Hunde aus. Schon diese Lieblingsbeschäftigung sei für sie aber sehr anstrengend. Sie esse kaum, schlafe schlecht und mache sich grosse Sorgen um ihre Zukunft (S. 2 unten).

D.\_\_\_\_ gab auf die Frage nach krankheitsfremden Faktoren an, Arbeitsplatzprobleme hätten zur Erkrankung geführt. Weitere Faktoren seien eine stark belastete Vorgeschichte nach dem Suizid der Schwester in der Jugend, eine schwere Anorexie und eine stark gestörte Beziehung zu den Eltern (S. 3 Ziff. 3). Benzodiazepine würden der Beschwerdeführerin am besten helfen. Dies bestätige die Arbeitshypothese, dass ihre Angst im Rahmen einer Traumatisierung wohl den gewichtigsten Faktor darstelle. Zudem bestehe eine gewisse Skepsis gegen über Antidepressiva (S. 3 f.

Ziff. 6). 3.6

Die Psychiaterin gab im Verlaufsbericht vom 16. Januar 2017 (Urk. 8/22) an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich leicht verbessert (S. 1 Ziff. 1.1). Sie stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - depressive Störung, gegenwärtig unter Medikation leicht bis mittelgradig (ICD-10 F32.01/11) seit Oktober 2015, im Rahmen der Vorgänge am Arbeitsplatz und bei

psychosozialer Erschöpfung - subakute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0) - Angststörung und soziale Phobie mit Panikattacken (ICD-10 F40/41 .1), seit Beginn der Behandlung im Februar 2016, wahrscheinlich schon lange zuvor - Status nach schwerer Anorexie in der Jugend (ICD-10 F50.0) - Status nach Discushernien und Knieoperationen

D. \_\_\_ führte weiter aus, die Patientin könne sich subjektiv etwas besser konzentrieren und sei weniger erschöpft. Es falle ihr aber noch immer schwer, sich unter Leute zu begeben - abgesehen von den Hundehalter-Bekanntschäften, denen sie täglich begegne. Die Stimmung sei leicht aufgehellter. Affektiv sei sie zurückhaltend. Sie wirke meist verbindlich und freundlich und zeige nur selten, wie es ihr wirklich gehe (S. 2 Ziff.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 7. Januar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. November 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2019 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 14. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Mit Gerichtsverfügung vom 21. Juni 2019 wurden der Beschwerdeführerin in Bewilligung des Gesuchs vom 7. Januar 2019 (vgl. Urk. 1 S. 2 oben) die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt (Urk. 10 Dispositiv Ziff. 1).

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin reichte am 1. Juli 2019 (Urk. 11) die Honorarnote (Urk. 12) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid fest, nach den erfolgten medizinischen Abklärungen liege bei der Beschwerdeführerin kein schweres psychisches Leiden vor. Das Beschwerdebild sei überwiegend auf invaliditätsfremde psychosoziale Umstände zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag nicht eingeschränkt. Sie kümmere sich um den Haushalt, ihren Sohn und um drei Hunde. Weiter habe sie eine neue Wohnung suchen und einen Teilmzug organisieren können (Urk. 2 S. 2 oben). Aus den Akten würden sich klare Hinweise auf Diskrepanzen zwischen dem Alltagsverhalten der Beschwerdeführerin und der subjektiv beschriebenen Situation ergeben (S. 2 unten). Rechtsprechungsgemäss liege regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit Leistungseinschränkungen auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhten (S. 2 f.). Die Beschwerdegegnerin verneinte daher einen Leistungsanspruch.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, es bestünden Fragen, wie der Gutachter zu seinen Erkenntnissen gekommen sei und wie er diese interpretiere (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2 oben). Nach der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin könne nicht auf Aggravation geschlossen werden (Urk. 1 S. 4 oben). Die Beschwerdegegnerin gehe davon aus, dass kein schweres psychiatrisches Leiden vorliege. Dies entgegen der Meinung der Psychiaterin und ihrer Diagnosen. Ebenso sei es falsch, wenn die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass das Beschwerdebild überwiegend auf invaliditätsfremde psychosoziale Umstände zurückzuführen sei. Wäre dem so, würde keine psychische Krankheit vorliegen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 6).

### **E. 2.3**

Streitig ist, ob ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf das vorliegende psychiatrische Gutachten abgestellt werden kann. 3. 3.1

Dr. Z.\_\_\_\_, praktischer Arzt, nannte im Arztzeugnis vom 30. Januar 2016 (Urk. 8/2/14) als Diagnose eine depressive Episode (Ziff. 1). Er attestierte für die Zeit vom 9. November 2015 bis 2. Februar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 6). 3.2

Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte in einem versicherungspsychiatrischen Konsilium vom 30. März 2016 (Urk. 8/2/3-4) aus therapeutisch-rehabilitativen Gründen für weitere ein bis zwei Monate eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2). 3.3

B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Oberarzt, Rehasentrum C.\_\_\_\_, berichtete am 10. Juni 2016 (Urk. 8/38 = Urk. 8/37) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin in der Klinik vom 27. bis 30. Mai 2016 (S. 1).

B.\_\_\_\_

nannte als Diagnosen (S. 1): - Erschöpfung (ICD-10 Z73) mit Gewichtsverlust - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Angststörung mit Panikattacken und sozialer Phobie (ICD-10 F40.0, F41.1) - Status nach schwerer Anorexie vor zirka 15-20 Jahren

Er attestierte vom 27. Mai bis 12. Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 unten). 3.4

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 2. Februar 2016 bei D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 8/11 S. 1 Ziff.

### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### **E. 8**

.5

Die Beschwerdeführerin könne Termine wahrnehmen, sich in Abläufe einpassen und tägliche Routineabläufe selber strukturieren. Für die Anpassung an Regeln und Routine bestehe eine geringe Beeinträchtigung. Aufgaben könne sie gut strukturieren und planen. Teilweise müsse sie etwas mehr als die angemessene Zeit aufwenden. Für die Planung und Strukturierung von Aufgaben bestehe eine leichte Beeinträchtigung. Bei der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung. Eines der zentralen Probleme sei, sich an emotional wechselnde Situationen anzupassen (S. 30 Ziff. VI.1 unten). Die Beschwerdeführerin könne nur teilweise spezifische Fähigkeiten aus der Unternehmensberatung und der Versicherung anwenden. Wenn hierzu Anforderungen gestellt würden, fühle sie sich narzisstisch gekränkt und überfordert und reagiere teilweise aggressiv. Bezüglich der Entscheidungsfähigkeit und der Urteilsbildung bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung. Teilweise seien geringe Beeinträchtigungen der Durchhaltefähigkeit zu finden. Das Leistungsniveau müsse geringgradig angepasst werden (S. 31 oben). Die Fähigkeit, unmittelbare soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen und dies in adäquater Weise zu tun, sei eingeschränkt. Die unverbindliche Kommunikation sei bis zu einem gewissen Grad möglich (S. 31 unten).

Unter Berücksichtigung der Gesamtlage und der psychosozialen Belastungssituation sei für die bisherige Tätigkeit von Dezember 2015 bis August 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (S. 33 oben). Ab September 2017 sei für den angestammten Bereich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 33 Mitte).

In einer angepassten Tätigkeit sei eine verwertbare Tätigkeit von 70 % zu erwarten. Es solle sich um ein kleines, unmittelbares Team von nicht mehr als 10 Kollegen handeln. Schichtarbeiten seien zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin benötige weiter einen unmittelbaren Vorgesetzten, der mittels Coaching während sechs Monaten im Umgang mit der Erkrankung unterstützt werde. Zu vermeiden sei weiter die Arbeit in einem Grossraumbüro. Die Arbeit solle weiter einen Anteil von home office von mindestens 50 %

enthalten (S. 33 Ziff. VI.2 unten). Für eine angepasste Tätigkeit habe von Dezember 2015 bis August 2017 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ab September 2017 sei diesbezüglich von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen (S. 34 unten). 3.

## **E. 9**

Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 2. Februar 2018 (Urk. 8/62 S. 7 ff.) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_. Er führte aus, nach dem Gutachten handle es sich bei der diagnostizierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ nicht um eine schwerstgradige

Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin habe bis 2015 regelmässig arbeiten können. Therapeutische Optionen habe sie nur minimalst wahrgenommen. Sie kooperiere nur sehr eingeschränkt und bedingt. Eine ausreichende Kooperation bestehe nicht (S. 8 oben).

In der bisherigen Tätigkeit im Büro habe ab Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit September 2017 bestehe

diesbezüglich wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil habe ab Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ab September 2017 bestehe in einer solchen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 8 unten). 3.10

D.\_\_\_\_ nahm im Bericht vom 14. November 2018 (Urk. 3/4) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_. Sie führte aus, der Gutachter habe die Beschwerdeführerin in einer Marathonuntersuchung befragt und beobachtet. In der Wiedergabe und Interpretation der Befunde zeige er eine abwertende, der Patientin Aggravation unterstellende Haltung (S. 1 Mitte).

Das Verhalten der Beschwerdeführerin habe auf den Gutachter innerhalb der Struktur von Übertragung und Gegenübertragung durchgehend als inszeniert und schauspielhaft gewirkt. Dies wirke auf ihn so. Er sei hier stark mitbeteiligt (S.1 unten). Sie habe als behandelnde Psychiaterin ebenfalls festgestellt, dass die Patientin daneben antworte. Tatsächlich sei die Konzentration deutlich gestört, aber das Danebenantworten sei ein Ausweichen. Früher habe sie offenbar gern und viel gelesen. Dies gelinge ihr heute nicht mehr. Durch Gedankenkreisläufe verliere sie beim Lesen den Faden (S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe jahre lang sehr tüchtig gearbeitet, unter weitgehender Vernachlässigung der persönli

chen Bedürfnisse, wobei sie zu 70-80 % erfolgreich berufstätig gewesen sei . Gleichzeitig habe sie sich als alleinerziehende Mutter um den durch ein schweres ADHD stark beeinträchtigten Sohn gekümmert (S. 3 Mitte).

Der Gutachter habe erwähnt, dass die Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente erwarte. D.\_\_\_\_ vermute t , dass dies keine wörtliche Wiedergabe sei, da die Patientin sich nicht so ausdrücke. Nach einer Rückfrage habe sich herausgestellt, dass sie diesen Satz nicht gesagt habe. Sie habe festgestellt, dass sie sich in ihrem sich ständig verschlechternden Zustand zu vielem nicht mehr in der Lage sehe. Dabei werde ihr wohl nichts übrig bleiben als eine Invalidenrente (S. 5 Ziff.

## **E. 10**

) nicht vor.

D.\_\_\_\_

stützte sich für die Annahme einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit beispielsweise wesentlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, wonach diese im Alltag Einschränkungen bemerkt habe. Eigene Befunde wurden dagegen kaum erhoben (vgl. vorstehend E. 3.4), was gegen die Beurteilung durch

D.\_\_\_\_ spricht. In diesem Zusammenhang ist zudem auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 313 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2005 E. 5.5). Der abweichenden Beurteilung durch D.\_\_\_\_ kann daher nicht gefolgt werden. Der Vorbehalt ihren Berichten gegenüber, der sich aus der Vertrauensstellung ergibt, konkretisiert sich in der Tatsache, dass sie im Bericht vom 14. November 2018 konkret für die Zusprache einer Invalidenrente plädierte (vgl. vorstehend E. 3.10).

Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ kann aufgrund dieser Überlegungen abgestellt werden. Das von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte Abhängigkeitsyndrom ruft vorliegend auch mit Blick auf die mit Urteil des Bundesgerichts 9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019 geänderte Rechtsprechung zu Suchterkrankungen nicht nach weiteren Abklärungen. Dr. E.\_\_\_\_

nannte die Benzodiazepin abhängigkeit

als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (E. 3.8.4), erachtete die Suchterkrankung jedoch als sekundär, als mit der psychiatrischen Erkrankung korrelierend (E. 3.8.4). Er klammerte die Suchterkrankung bei seiner Beurteilung somit nicht gestützt auf die alte bundesgerichtliche Rechtsprechung aus – eine sekundäre Sucht war bereits vor Änderung der Rechtsprechung zu berücksichtigen –, sondern kam in Beurteilung der Auswirkungen der Sucht bei der Beschwerdeführerin zum Ergebnis, dass sie im vorliegenden Fall keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (vgl. E. 3.8.2).

5.3

5.3.1

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage

ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). 5.3.2

Dr. E.\_\_\_\_ bezeichnete die Darstellung der Beschwerdeführerin, als sie unter anderem eine Kontrolle des Serumspiegels verweigerte, als inszeniert und nicht nachvollziehbar (vorstehend E. 3.8.1). Weiter wies er darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nach ihrer Auffassung zu 100 %

arbeitsunfähig sei, während sie der vierstündigen Untersuchung bis gegen Ende gut habe folgen können. Zudem war es ihr in der Vergangenheit

möglich,

die Hausarbeiten alleine zu erledigen, einen Wohnungswechsel zu organisieren und sich um ihren psychisch kranken Sohn zu kümmern. Symptome seien sodann plakativ, inkonsistent und mit wenigen Details dargestellt worden (E. 3.8.2 und 3.8.3). Es liegen daher deutliche Anhaltspunkte für Diskrepanzen und Aggravation vor.

Der Gutachter spricht von einer «schwerstgradigen Hinweislage auf Aggravation» (Urk. 8/52 S. 8).

Nachfolgend sind die sogenannten Standardindikatoren zu prüfen. 5.3.3

Die Beschwerdegegnerin ist im Rahmen einer Ressourcenprüfung von der durch Dr. E.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit abgewichen (Urk. 8/62 S. 10 f.).

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E.

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, 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. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend

bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3 ).

### 5.3.4

Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein - wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges - Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). Damit bedarf es auch keine weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 8). 5.3.5

Dr. E.\_\_\_\_ konnte die von der behandelnden Psychiaterin beschriebenen Konzentrationsstörungen im Rahmen der Begutachtung nicht bestätigen. Weiter zeigten sich bei der Untersuchung weder formale Denkstörungen noch Sinnestäuschungen und es bestanden keine Hinweise auf einen Wahn (E. 3. 8 .1). Die von Dr. E.\_\_\_\_ angegebenen Befunde erweisen sich somit als nicht schwer wiegend ausgeprägt. Der Gutachter wies bezüglich der Symptomatik auf eine fehlende Behandlungsresistenz hin und gab an, dass die bestehenden Behandlungsoptionen inklusive einer besseren medikamentösen Therapie kaum ausgenützt

würden . Weiter lehnt die Beschwerdeführerin eine erneute stationäre Behandlung ohne nachvollziehbare Gründe ab (vorstehend E. 3.8.4).

Im Sinne einer Komorbidität ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin neben einer Persönlichkeitsstörung auch an einer Agoraphobie und an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet. Nach dem im psychiatrischen Gutachten beschriebenen psychopathologischen Befund erweist sich der Komplex «Gesundheitsschaden» jedoch als eher geringfügig ausgeprägt.

Die Beschwerdeführerin verfügt über kein soziales Netz ausser der Beziehung zu ihrem Sohn und einem verheirateten Partner ( E. 3.8.3) . Sie selber gab als Ressourcen nur die Beschäftigung mit ihren Hunden an . In diesem Rahmen ist ihr jedoch die Interaktion mit Menschen möglich (E. 3.8.2) . Die soziale Isolation steht nicht in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung, gab die Versicherte doch an, der Rückzug sei bereits zehn Jahre vor Erkrankungsbeginn durchgehend gewesen (E. 3.8.2). Dennoch ist zu berücksichtigen , dass bei der Beschwerdeführerin keine tragenden Beziehungen als Ressource vorhanden sind .

Bei der Prüfung der «Konsistenz» ist erneut darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin selber als zu 100 % arbeitsunfähig betrachtet, während sie die Hausarbeiten selber erledigen konnte und es ihr möglich war , einen Wohnungswechsel zu organisieren und sich um ihren psychisch kranken Sohn zu kümmern (E. 3.8.4) . Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen liegt somit nicht vor . Gemäss Dr. E.\_\_\_\_ besteht sodann nur eine geringe Motivation für eine Änderung der psychotherapeutischen und der medikamentösen

Behandlung (vorstehend E. 3.8.3). Dies lässt auf einen eher geringen Leidensdruck schliessen. Nach der Prüfung der Indikatoren ist daher von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Eine lang andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ist somit nicht ausgewiesen. 5. 4

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Versicherungsbranche keine lang andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin hat einen Leistungsanspruch in der angefochtenen Verfügung daher zu Recht verneint. Die Diskrepanz zu der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Gutachter Dr. E. \_\_\_ erklärt sich damit, dass dieser die erhebliche psychosoziale Belastungssituation explizit mitberücksichtigt (E. 3.8.5), wogegen – aus rechtlicher Sicht – die ausgewiesene Aggravation und Inkonsistenz der Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens entgegenstehen.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demzufolge als rechtsens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin reichte dem Gericht am 1. Juli 2019 ( Urk. 11) die Honorarnote in Höhe von Fr. 1'308.10 ( Urk. 12) ein. Die Aufwendungen erweisen sich als angemessen. Die Rechtsvertreterin ist daher mit Fr. 1'308.10 zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Karin Hoffmann, Zürich, wird mit Fr. 1'308.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Karin Hoffmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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, zuzu stellen.

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  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Brugger

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