

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00346 vom 2. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00346

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00346 du 2 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00346 del 2 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1989, war von März 2011 bis April 2014 bei der Y.____ AG tätig, wobei das Arbeitsverhältnis fristlos per 1. April 2014 aufgelöst wurde (Urk. 7/28). Unter Hinweis auf psychische und neurologische Beschwerden meldete sich die Versicherte am 19. November 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Unfallversicherung

(Urk. 7/19, Urk. 7/26, Urk. 7/51-52) sowie der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/36) bei und holte bei der Z.____ ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 9. Oktober 2017 erstattet wurde (Urk. 7/112).

Mit Schreiben vom 8. November 2017 (Urk. 7/115) wurde der Versicherten eine Schadenminderungspflicht auferlegt, indem sie für mindestens sechs Monate eine integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen habe.

Am 30. August 2018 (Urk. 7/139) wurde der Versicherten ein Arbeitsversuch vom 20. August bis 31. Dezember 2018 zugesprochen.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/148-155) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. April 2019 einen Rentenanspruch (Urk. 7/156 = Urk. 2) .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB) obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen

Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 140 V 290 E. 4.1; 139 V 547 E. 8.1). Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1 mit Hinweisen auf die Literatur).

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben 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. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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 beweisschwerbelastete 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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.7

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 so mit 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 an dauernde 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). 2.

2. 1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid fest, die Prüfung der persönlichen Ressourcen habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin sozial sehr aktiv sei. Sie betreibe einige Hobbies wie Klavier spielen und Sport. Auch habe sie einen vollen und klar strukturierten Tagesablauf. Dagegen würden die Therapiemöglichkeiten nicht voll ausgeschöpft und es bestehe Verbesserungspotential. Dass die Therapien aus finanziellen Gründen nicht durchgeführt werden könnten, könne nicht nachvollzogen werden, da diese Kosten bei Bedarf von der Krankenkasse oder dem Sozialamt übernommen würden. Es sei insgesamt von einem geringen Leidensdruck auszugehen und die Beschwerdeführerin könne sich gut selbst organisieren (Urk. 2 S. 1). Aufgrund des Unfalls im Skillspark mit dem Velo sei ebenfalls nicht von einer langandauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin habe von August bis Dezember 2018 in einem 80 % Pensum arbeiten und dabei eine gute Leistung erbringen können. Sie hätte dies auch weiterhin gekonnt, jedoch sei das Projekt zu Ende gegangen und es habe keine Anschlusslösung gefunden werden können. Zusammenfassend sei aufgrund der persönlichen Aktivitäten und auch mit den erbrachten Leistungen bei den Eingliederungsmassnahmen keine längerdauernde gesundheitliche Einschränkung gegeben. Es bestehe kein Anspruch auf Rentenleistungen (S. 2 oben).

E. 2

Die Versicherte erhob am 15. Mai 2019 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 2. April 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr vom 1. April 2015 bis 30. Juni 2017 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Juli 2017 eine halbe Invalidenrente auszurichten (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab 1. April 2015 bis 30. Juni 2017 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Juli 2017 bis 31. Juli 2018 eine befristete halbe Invalidenrente auszurichten (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2019 (Urk.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), sie sei seit April 2014 ununterbrochen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Gemäss den vorliegenden Akten bestehe seit April 2014 bis April 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit und danach eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 7). Hinsichtlich des sozialen Umfeldes und der sozialen Kontakte würden ihr von der Beschwerdegegnerin Ressourcen attestiert, welche so nicht gegeben seien. Vielmehr ergebe sich aus dem Z.____-Gutachten und den Berichten der behandelnden Ärzte, dass sie im sozialen Umfeld immer wieder auf Probleme stosse. Der volle Tagesablauf diene gemäss dem Gutachten der Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, welche ihr sonst krankheitsbedingt nicht möglich wäre (S. 7 unten). Zum von ihr selbst organisierten Arbeitsversuch im 80 % -Pensum in der zweiten Hälfte von 2018 sei zu bemerken, dass sie bezüglich Arbeitsbeginn morgens, in der Einteilung der Arbeitszeit, im Pause machen etc. frei gewesen sei. Auf ihre Bedürfnisse und die krankheitsbedingten Absenzen sei stark Rücksicht genommen worden. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Beurteilung stehe in krassem Widerspruch zu den erwiesenen Tatsachen, zu den gutachterlichen Feststellungen und der Beurteilung durch die

eigene Ärztin. Die angebrachten Gründe vermöchten die ärztlichen Beurteilungen nicht zu entkräften (S. 8).

Vorliegend sei auf das eingeholte Gutachten und die RAD-Ärztin abzustellen (S. 9).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang, ob auf das Z.____-Gutachten vom 9. Oktober 2017 abgestellt werden kann. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Taggeldversicherung am 2. Juli 2014 (Urk. 7/19) und nannte folgende Diagnose (S. 3): - depressives Zustandsbild (ICD-10 F33.1) nach Überlastungssituation am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56) mit aktuell ausgeprägter emotionaler Instabilität, Differentialdiagnose (DD) im Rahmen F6-Erkrankung, anamnestisch Erkrankung aus dem F6-Spektrum (ICD-10 F60.31)

Er führte aus, im Rahmen des ausgeprägt instabilen Zustandsbildes mit fehlender Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit, Anpassungsfähigkeit und eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit/Durchhaltefähigkeit sei die Beschwerdeführerin zum Untersuchungszeitpunkt als nicht arbeitsfähig für Tätigkeiten unter Bedingungen der freien Wirtschaft zu qualifizieren (S. 3 f.). Die Beschwerdeführerin sei aktuell auf eine intensiviertere fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive stabilisierender Psychopharmaka-Medikation angewiesen. Die Prognose sei zum jetzigen Zeitpunkt im Rahmen der anzunehmenden psychischen Grunderkrankung unsicher, bei optimalem Verlauf sei in den nächsten 4-6 Wochen eine Stabilisierung mit zunächst Wiedererlangung einer 50%igen Teil arbeitsfähigkeit ab Juli 2014 grundsätzlich möglich (S. 4). 3.2

Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 17. Dezember 2014 (Urk. 7/27/2-3) und nannte als Diagnosen einen Verdacht auf Borrelien-Infekt sowie einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung. Sie führte aus, der eingehend erhobene neurologische Status sei regelrecht gewesen, der psychische Befund habe geschwankt und es hätten sich Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung ergeben (S. 1).

3.3

Med. pract. C.____, praktischer Arzt, Facharzt für Urologie, berichtete am 20. Januar 2015 (Urk. 7/22/1-4) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1):

- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)

Er führte aus, die Prognose sei langfristig gut (S. 2 Ziff. 1.4). Aktuell finde eine regelmässige psychosomatische Betreuung statt (S. 2 Ziff. 1.5). Es bestehe eine eingeschränkte Konzentration und die Beschwerdeführerin sei eingeschränkt belastbar (S. 2 Ziff. 1.7).

Am 22. Januar 2015 (Urk. 7/26/2-3) führte med. pract. C.____ aus, aktuell bestünden bei der Beschwerdeführerin Symptome einer leichten bis mittelgradigen Depression mit Schlafstörungen und sozialem Rückzug. Aufgrund einer Belastungsreaktion im Beruf sei es zu einer Anpassungsstörung mit anschliessend depressiven Symptomen gekommen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Dezember 2014. 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 11. Juli 2015 (Urk. 7/39) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) bei Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline Typ (ICD-10 F60.31)

Er führte aus, bei ihm habe nach Vereinbarung eine coaching-artige Begleitung stattgefunden, mit dem Ziel der Stärkung des Selbstvertrauens und der Sozial-/Beziehungskompetenz. Die Beschwerdeführerin zeige eine ängstliche Ablehnung von Medikamenten (S. 2 Ziff. 1.5). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2014 (S. 2 f. Ziff. 1.6), sowohl angestammt als auch angepasst (S. 3 Ziff. 1.7). 3.5

Dr. A.____ erstattete am 3. September 2015 sein psychiatrisches Verlaufsgutachten zuhanden der Taggeldversicherung (Urk. 7/40/2-6) und führte aus, auf Grund des Längsverlaufs, der aktuellen Untersuchung und erhobenen Befunde sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden völlig instabilen und nicht belastbarem Zustandsbild akut behandlungsbedürftig und nicht arbeitsfähig sei für Tätigkeiten unter Anstellungsbedingungen der freien Wirtschaft. Die diesbezüglich bereits im Juni 2014 als sehr unsicher angenommene Prognose hinsichtlich der Wiedererlangung einer Teilarbeitsfähigkeit müsse leider aktuell rückblickend bestätigt werden. Die seinerzeit unter optimalstem Verlauf für möglich gehaltene Wiedererlangung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit habe nicht umgesetzt werden können, vielmehr müsse von einer zunehmenden Destabilisierung und Zustandsverschlechterung ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin sei auf eine intensiviertere fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und kombiniert stimmungsstabilisierend-antidepressive Psychopharmaka-Medikation angewiesen, die aktuell nicht erfolge. Es sollte aus dem Verlauf und der aktuellen Abklärung und erhobenen Befunde auch die Therapieintensivierung und medikamentöse Behandlung im stationären oder mindestens teilstationären Rahmen überprüft werden (S. 4). Die Prognose sei weiterhin als sehr unsicher zu formulieren und es müsse mit einem mehrmonatigen Behandlungs- und Rehabilitationszeitraum gerechnet werden (S. 5). 3.6

Dr. D.____ berichtete am 5. April 2016 (Urk. 7/54) und führte aus, die Einschränkungen bestünden unverändert und es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.7). Die Beschwerdeführerin sei aus medizinisch-psychiatrischen Gründen nicht in der Lage, auf äussere Massnahmen stabil zu reagieren (S. 3 Ziff. 1.11). 3.7

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 3. Januar 2017 (Urk. 7/74/1-7) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Störungen/Schwäche in den komplexen Ich-Funktionen, wahrscheinlich im Sinne von ICD-10 F60.31

- anamnestic Status nach dissoziativen Zuständen - mögliche komplexe posttraumatische Belastungsstörung auf Lebenszeiterlebnisse (ICD-10 Z60) - Herauslösen aus dem Elternhaus mit Heimerziehung (ICD-10 Z61.1 und ICD-10 Z62.2) - in der Familienanamnese schädlicher Gebrauch von Alkohol des Vaters (ICD-10 Z81.1) - v erkannte, angeborene Taubheit der Mutter mit Übergriffen (ICD-10 Z82.0) - Status nach zweimaligem Suizidversuch (ICD-10 Z91.5), zuletzt im 2010 (ICD-10 Z64.0) - Interruptiones 2007, 2008, 2009, 2010 (ICD-10 Z64.0) - fehlender Berufsabschluss als kaufmännische Angestellte (ICD-10 Z55) - Cannabiskonsum (ICD-10 F12.1), seit der Jugend - Migräne mit

Aura 2016 oder früher - Verdacht auf zusätzlichen
Medikamentenübergebrauchskopfschmerz - Sehstörungen intermittierend 2014 - DD im
Rahmen einer Migräne - DD Neuroborreliose - DD Zervikospondylogen -schmerzbedingt -
DD dissoziativ - DD Status nach Contusio

bulbi 2012 - Kribbelgefühl Arm links, Bein rechts, Gesicht rechts von schwankender
Intensität und Lokalität - p hasenweise schwerste Beeinträchtigung des
Allgemeinzustandes, deren Symptome nicht auf eine messbare Veränderung anatomi-
sch/physiologisch/bildgebend zurückgeführt werden könne

Sie führte aus, sie betreue die Beschwerdeführerin hausärztlich und kläre sie ab bei den
geschilderten Symptomen. Aus Kostengründen durch den Selbstbehalt von 10 % (die
Beschwerdeführerin habe sich bislang noch nicht durchringen können, sich bei der
Sozialhilfe zu melden wegen den dann eingeforderten Verpflichtungen) gehe sie seit
längerem nicht mehr zu Dr. D.____, welcher sie psychiatrisch begleitet, aber nicht therapiert
habe (S. 3 Ziff. 1.5). Als Bürohilfe bestehe seit dem 30. März 2016 eine 100%ige
Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Aufgrund der wechselnden körperlichen Beschwerden
und dem Ausweichen von Einforderungen könne eine geregelte, regelmässige Arbeitszeit
nicht eingehalten werden aus diversen Gründen. Sie wirke so als unzuverlässige
Arbeitnehmerin (S. 3 Ziff. 1.7). 3.8

Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, berichtete am 27. April 2017 (Urk. 7/90/1-2) und nannte folgende Diagnosen: - dislozierte Schaftfraktur Grundphalanx
Dig 4 rechts - Zustand nach Kontusionstrauma vom 15. April 2017

Er führte aus, die Beschwerdeführerin berichte, am 15. April 2017 beim Wakesurfen ins
Wasser gestürzt zu sein und beim Wiederaufsteigen auf das Brett sei plötzlich eine
Fehlstellung und eine Schmerzsymptomatik auf Höhe der rechten Ringfingergrundphalanx
aufgefallen. Die Inspektion heute zeige schlanke Weichteilverhältnisse bei in Streckung
gut ausgerichteten Ringfingerstrahl. Auffallend sei eine deutliche Pronationsfehlstellung,
die beim Versuch des Faustschlusses zu einer Überkreuzung des Kleinfingers führe. Er
habe der Beschwerdeführerin vor allem aufgrund der sportlichen Ambitionen eine
Korrektur der Rotationsfehlstellung im Sinne einer offenen Reposition und
Schraubenosteosynthese empfohlen. Die Operation werde am 25. April 2017 stattfinden (S.
1).

3.9

Die Ärzte der Z.____ erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 9. Oktober 2017 (Urk. 7/112) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 5.1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich vermeidenden Zügen (ICD-10 F61) - akutenanamnestisch Status nach zweimaligem Suizidversuch mittels Tablettenintoxikation 2009

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende (S. 11 Ziff. 5.2; verkürzt wiedergegeben): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - migräneförmiges chronisches Kopfschmerzsyndrom - ektopter

atrialer Fokus Ruhe Juni 2016 - hämatologische Beurteilung Dezember 2016 - unklare chronisch-rezidivierende Bauchschmerzen - Contusio

capitis (Nacken-Schulter-Kontusion links) Dezember 2015 - Status nach Verdacht auf Sinusitis maxillaris links April 2012 - Interruptio, zweimal medikamentös, zweimal

chirurgisch 2007, 2008, 2009, 2010 - Verkehrsunfall mit Schädelkontusion frontoparietal rechts, HWS-Distorsion, LWS-Kontusion, Ellbogen-Kontusion rechts und Knie-Distorsion rechts Januar 2014 - Anlegung der Ohrmuscheln - rezidivierende Extremitätenschmerzen und Kribbelparästhesien unklarer Zuordnung, DD Somatisierung Sie führten aus, anlässlich der Untersuchungssituation falle auf, dass die Beschwerdeführerin nahezu ausnahmslos nicht spontan von belastenden Lebenssituationen berichtet habe. Sie habe jeweils konkret, anhand der Vorberichte, darauf angesprochen werden müssen. Sie habe angegeben, dass sie sich gerne davor drücke. Sie habe teilweise kindlich, sehr unsicher und ratlos hinsichtlich ihrer Ziele und Zukunftsvorstellungen gewirkt (S. 13 oben). Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe sich ein sehr unsicheres Selbstbild hinsichtlich Zielen und Präferenzen gezeigt. In der Vorgeschichte sei eine Neigung zu intensiven aber instabilen Beziehungen und zu Handlungen mit Selbstbeschädigung erkennbar. Gesamthaft seien die Kriterien für eine kombinierte Persönlichkeitsstörung erfüllt. Die Dynamik der Persönlichkeitsstörung werde zum Gutachtenszeitpunkt als entaktualisiert und maximal mittelgradig im Schweregrad eingeschätzt. Die in den Vorberichten diagnostizierte depressive Episode werde zum gegenwärtigen Zeitpunkt als remittiert eingeschätzt. Die Beschwerdeführerin zeige keinen stabil depressiven Affekt und es seien keine Antriebsstörungen oder ein Interessenverlust und Freudeverlust eruiert. Gegenteilig habe die Beschwerdeführerin wieder begonnen, ihre Hobbies aufzunehmen wie Musizieren und Sport. Dadurch habe sich ihr Zustandsbild wesentlich verbessert (S. 13). Die von der Beschwerdeführerin erwähnten somatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen und Sehstörungen würden aus gutachterlicher Sicht als Somatisierung im Rahmen einer insuffizienten Copingstrategie bei verminderter Stress- und Frustrationstoleranz vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung eingeschätzt (S. 14 oben).

Aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der aktuell erhobenen neurologischen Untersuchungen bestehe aus neurologischer Sicht ein chronisches Kopfschmerzsyndrom von migräniformen Charakter. In der neurologischen Untersuchung fänden sich aktuell keine fokalen neurologischen Ausfälle (S. 14). Hinsichtlich der diffusen somatischen Beschwerden ohne klinisch oder apparativ nachweisbares Korrelat sei von einer Somatisierungstendenz auszugehen (S. 16 unten). Aufgrund der Persönlichkeitsstörung bestehe eine ausgeprägte Vermeidungsproblematik. Dies führe dazu, dass die Beschwerdeführerin Herausforderungen gar nicht annehme oder abbreche. Es führe dazu, dass sie sich nur eingeschränkt Organisations- und Routineabläufen einfügen könne. Gesamthaft behindere die Symptomatik das Aufrechterhalten eines durchgehenden Leistungsniveaus. Die funktionellen Einschränkungen durch die Somatisierungsstörung schienen stark schwankend und von der psychiatrischen Situation der Beschwerdeführerin abhängig zu sein. Grundsätzlich bestehe aus somatischer allgemeininternistischer Sicht keine relevante funktionelle Einschränkung (S. 17). Ungünstig stelle sich der Umstand dar, dass die Beschwerdeführerin sich derzeit nicht mehr in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde. Sie gebe an, dass dies aus finanziellen Gründen geschehen sei, da sie sich den Selbstbehalt nicht mehr leisten können. Es sei jedoch auch davon auszugehen, dass es sich hier (zumindest teilweise) um eine Vermeidungsproblematik handle. Aus gutachterlicher Sicht sollte die ambulante Behandlung schnellstmöglich wieder aufgenommen werden. Als positiv sei anzusehen, dass die Beschwerdeführerin über eine Vielzahl von sozialen Kontakten verfüge, welche einer sozialen Isolation und teilweise der Vermeidungsproblematik entgegenwirken würden. Des Weiteren sei sie bemüht, eine selbstauferlegte Tagesstruktur mit Sport und Musizieren einzuhalten. Ebenfalls positiv

erscheine ihre Motivation, eine Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen zu wollen (S. 18 oben). Die Beschwerdeführerin scheine etwas schwankende Vorstellungen bezüglich ihrer beruflichen Zukunft zu haben. Die genannten Inkonsistenzen hätten keine Relevanz bezüglich Glaubwürdigkeit der Beschwerdeführerin und Aussage des Gutachtens (S. 18). Es habe kein Anhalt für Aggravations- oder Simulationstendenzen gegeben (S. 19 oben). Aus psychiatrischer Sicht sei wegen fehlender Vorberichte ab September 2015 retrospektiv das Datum nur ungenau festzulegen. Es werde jedoch eingeschätzt, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab dem Datum der aktuellen Gutachtenerstellung wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei, dies sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Die gesamtgutachterliche Sicht decke sich mit der psychiatrischen Stellungnahme (S. 19). Aus psychiatrischer Sicht sei unter Etablierung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung von einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf auszugehen. Aus neurologischer Sicht seien die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft (S. 21).

3.10

Die Ärzte des Kantonsspitals G.____

berichteten am 27. November 2017 (Urk. 7/123/10-11) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 20. bis 25. November 2017 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - dislozierte distale, intraartikuläre Tibiafraktur mit einem abgerissenen Tubercule de Chaput und hinteren Tibiakantenfragment sowie mehrfraktamentäre distale Fibulafraktur rechts - OSG-Distorsion links ohne klinische Instabilität - Hageman-Faktor (Faktor XII) Leiden - subklinisch bei 55 % Inaktivität - chronische Migräne - Sehstörung im Rahmen der Migräne - posttraumatische Belastungsstörung - Schlafstörung - Cannabis-Konsum, schädlicher C2-Konsum

Sie führten aus, es seien eine geschlossene Reposition der schräg verlaufenden distalen Tibiafraktur und eine eingeschobene Plattenosteosynthese, eine offene Reposition des hinteren Tibiakantenfragments und Antgleitplatte, eine offene Reposition und dorsolaterale Plattenosteosynthese der distalen Fibula sowie eine Reposition und Antgleitplatte der Tubercule du Chaput rechts erfolgt (S. 1). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 20. November bis 12. Dezember 2017 (S. 2 unten). Die Beschwerdeführerin sei im Skills Park beim Sprung mit dem Velo gestürzt und mit dem rechten Unterschenkel umgeknickt. Sie sei professionelle Wakeboard-Fahrerin und habe im Skills Park einen neuen Sponsoring-Vertrag gefeiert (S. 3). 3.11

Dr. E.____ nahm am 13. Dezember 2017 (Urk. 7/122) Stellung zum Z.____-Gutachten und führte aus, die Gesamtbeurteilung und die psychiatrische und neurologische Einzelbeurteilung seien sorgfältig gemacht. Was in den Gutachten, möglicherweise aus Scham oder Ignorieren der Beschwerdeführerin nicht erwähnt sei, seien die multiplen Traumatisierungen, welche sie über viele Jahre durchgemacht habe. Die meisten dieser aufgeführten Angaben seien von der Mutter der Beschwerdeführerin (S. 2). Die Arbeitskompetenz werde von der Beschwerdeführerin selber und von den Gutachtern überschätzt. Die Selbsteinschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit basiere auf der Intelligenz der Beschwerdeführerin, sich rasch Neues aneignen zu können, nicht auf ihrer Kontinuität als Arbeitnehmerin (S. 3). Die Beschwerdeführerin benötige eine 100 % Rente mit den Ergänzungen einer 50 % Arbeit in einer Arbeitsstelle im 2. Arbeitsmarkt, noch besser in einem sozialtherapeutischen Setting mit liebevoll betreutem Heranbringen an die

Arbeitswelt (S. 4). 3.12

Die Ärzte der Z.____ nahmen am 18. April 2018 (Urk. 7/138) Stellung zum Bericht von Dr. E.____ und führten aus, in der ausführlichen tridisziplinären Begutachtung seien alle Angaben der Beschwerdeführerin gewürdigt und in die gutachterliche Beurteilung einbezogen worden. Es sei zudem die gesamte dokumentierte Krankengeschichte gewürdigt worden. Die grossenteils auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin beruhenden Informationen sowie die ärztliche Stellungnahme im Bericht vom 13. Dezember 2017 würden keine neuen Gesichtspunkte bieten, welche zu einer Abweichung der fachgutachterlichen psychiatrischen Einschätzung Anlass gäben. Bezüglich der Funktionalität der Beschwerdeführerin sei anzufügen, dass diese nicht nur auf Basis der Schilderungen zu vorherigen Beschäftigungsverhältnissen, sondern auch basierend auf den Schilderungen zur Tagesstrukturierung beziehungsweise des Tagesablaufs und zum allgemeinen Aktivitätsniveau eingeschätzt worden sei (S. 1). Wie im Gutachten ausführlich dargelegt, sei die Wiederaufnahme einer ambulanten psychiatrischen Behandlung dringend indiziert. Die berufliche Wiedereingliederung sollte zwingend therapeutisch begleitet werden (S. 2).

4. 4.1

Das interdisziplinäre Z.____ -Gutachten vom 9. Oktober 2017 ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis und kritischer Würdigung der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und seine Schlussfolgerungen werden begründet. Auf das Gutachten, welches entsprechend vollen Beweiswert genießt (vgl. vorstehend E. 1.7), ist grundsätzlich abzustellen. Einer näheren Prüfung bedarf jedoch die getroffene Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit.

Nach ausführlicher Anamneseerhebung (vgl. Urk. 7/112/1-39 S. 5 ff., Urk. 7/112/40-59 S. 6 ff., Urk. 7/112/60-69 S. 3 ff.) sowie pathologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/112/1-39 S. 9 f., Urk. 7/112/40-59 S. 12 f., Urk. 7/112/60-69 S. 6) diagnostizierte n

die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/112/1-39 S. 11) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich vermeidenden Zügen (ICD-10 F61) sowie aktenanamnestisch einen Status nach zweimaligem Suizidversuch mittels Tablettenintoxikation 2009 und führten dazu aus, es zeige sich in der aktuellen Begutachtung ein sehr unsicheres Selbstbild hinsichtlich Zielen und Präferenzen, in der Vorgeschichte sei eine Neigung zu intensiven aber instabilen Beziehungen und zu Handlungen mit Selbstbeschädigung erkennbar. Die Lehrabbrüche beziehungsweise Absagen von angebotenen Lehrstellen wirkten impulsiv und ziellos. Zudem scheine ein andauerndes Gefühl von Anspannung und Besorgtheit allgegenwärtig. Die Beschwerdeführerin fühle sich sozial unbeholfen und minderwertig und es scheine eine übertriebene Sorge zu bestehen, in sozialen Institutionen abgelehnt zu werden. Teilweise würden berufliche Aktivitäten vermieden aus Furcht vor Kritik, Missbilligung und Ablehnung. Die Dynamik der Persönlichkeitsstörung werde zum Gutachtenszeitpunkt als entaktualisiert und maximal mittelgradig im Schweregrad eingeschätzt (Urk. 7/112/1-39 S. 13).

In schlüssiger

und nachvollziehbarer Weise sowie unter Bezugnahme auf die Kriterien des ICD-10 erklärte die Gutachterin sodann ausführlich, dass die in den Vorberichten diagnostizierte depressive Episode (im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung) zum gegenwärtigen Zeitpunkt als remittiert eingeschätzt werde. So zeige die Beschwerdeführerin weder einen stabil depressiven Affekt und es seien keine Antriebsstörungen oder ein Interesseverlust und Freudeverlust eruierbar (Urk. 7/112/1-39 S. 13 unten).

Angesichts der psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin ist ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 durchzuführen. Da das Gutachten eine schlüssige Beurteilung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin im Lichte der nunmehr massgeblichen Indikatoren (vgl. vorstehend E. 1.5) erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen.

4.2

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass sich die psychiatrische Gutachterin eingehend mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt hat. Die psychopathologische Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/112/40-59 S. 13) war weitgehend unauffällig, insbesondere war die Gedächtnisleistung nicht auffallend vermindert, der Antrieb und die Psychomotorik waren unauffällig und im formalen Gedankengang sei die Beschwerdeführerin adäquat und kohärent. Im Affekt sei sie ausgeglichen und die Schwingungsmodulationsfähigkeit war erhalten. Die Funktionalität sei durch die Symptomatik der kombinierten Persönlichkeitsstörung teilweise mittelgradig beeinträchtigt (S. 13 unten). Die Dynamik der Persönlichkeitsstörung wurde aus gutachterlicher Sicht als entaktualisiert und maximal mittelgradig im Schweregrad eingeschätzt (S. 16 Mitte). Der Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde weist sich damit in Bezug auf die gestellte Diagnose als höchstens mittelgradig ausgeprägt, womit eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens ausser Betracht fällt.

In Bezug auf den Behandlungserfolg oder -resistenz, also den Verlauf und den Ausgang von Therapien, welche wichtige Schweregradindikatoren darstellen, ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2016 nicht mehr in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet und auch keine Medikamente einnimmt. Die in den Vorberichten diagnostizierte depressive Episode ist dennoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt als remittiert eingeschätzt worden (vgl. Urk. 7/112/40-59 S. 16). Die Beschwerdeführerin gibt an, die Therapie habe ihr sehr gut getan, habe sie jedoch aus finanziellen Gründen abbrechen müssen, da sie den Selbstbehalt nicht mehr bezahlen können. Die Einnahme psychiatrischer Medikamente lehne sie ab (S. 10). Gemäss gutachterlicher Beurteilung sei die Wiederaufnahme einer ambulanten psychiatrischen Behandlung dringend indiziert. Die berufliche Wiedereingliederung sollte zwingend therapeutisch begleitet werden. Ebenso sollte die ambulante psychiatrische Behandlung dazu dienen, eine allfällige wie derauftretende depressive Symptomatik rasch medikamentös abfangen zu können. Unter Etablierung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung werde von einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf ausgegangen. Gemäss Schilderungen der Beschwerdeführerin habe sie auf therapeutische Interventionen sehr gut reagiert und es sei eine Besserung des Zustandsbildes eingetroffen (S. 17, S. 19). Die Gutachterin weist diesbezüglich auch auf die bei der Beschwerdeführerin bestehende ausgeprägte Vermeidungsproblematik hin (S. 17). Es bestünden somit erfolgsversprechende Therapiemöglichkeiten, die jedoch von der

Beschwerdeführerin nicht in Anspruch genommen werden.

Es liegt demnach keine Behandlungsresistenz vor.

Im Sinne einer Komorbidität ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin neben einer Persönlichkeitsstörung auch an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet. Die von der Beschwerdeführerin erwähnten somatischen Beschwerden werden aus gutachterlicher Sicht als Somatisierung im Rahmen einer insuffizienten Copingstrategie vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung eingeschätzt (Urk. 7/112/1-39 S. 14 oben).

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass eine Störung derselben vorliegt, welche sich in einer mittelgradigen Einschränkung der Fähigkeit der Anpassung an Regeln und Routinen, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und bei der Gruppenfähigkeit sowie in einer leichten Einschränkung bei der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und bei familiären und intimen Beziehungen äussert (Urk. 7/112/40-59 S. 13). Aufgrund der Persönlichkeitsstörung bestehe bei der Beschwerdeführerin zudem eine ausgeprägte Vermeidungsproblematik. Sie nehme sich als minderwertig wahr, habe ständig Angst, Anforderungen nicht erfüllen zu können und alles falsch zu machen. Dies führe dazu, dass sie Herausforderungen gar nicht annehme oder abbreche. Ihre Fähigkeit, sich an verändernde Situationen anzupassen, sei ebenfalls reduziert. Gesamthaft behindere die Symptomatik das Aufrechterhalten eines durchgehenden Leistungsniveaus (S. 16 f.). Diesbezüglich bleibt anzumerken, dass die Beschwerdeführerin, auch wenn sie wenig Vertrauen in ihre Leistungsfähigkeit hat, doch über diverse positive Ressourcen verfügt wie eine mehrjährige Berufserfahrung im kaufmännischen sowie in diversen anderen Bereichen sowie eine gute Intelligenz aufweist (vgl. Urk. 7/10, Urk. 7/12 S. 3, Urk. 7/46). Die Beschwerdeführerin arbeitete so dann ab Januar 2018 (vgl. Urk. 7/145 S. 5) in einem 80 %-Pensum (vgl. Urk. 7/139, Urk. 7/142, Urk. 7/145), wobei der Vorgesetzte ausführte, sie sei meist pünktlich, gebe sich Mühe, sei engagiert und arbeite immer sehr gerne an den Projekten (Urk. 7/145 S. 10 ff.). Das Arbeitsverhältnis wurde per Ende Dezember 2018 sodann nicht aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst, sondern weil keine passenden Projekte mehr vorhanden waren. Bei guter Auftragslage hätte eine Weiteranstellung sofort stattgefunden (Urk. 7/145 S. 12). Aus dem Verhalten der Beschwerdeführerin, indem sie angibt, sich aus finanziellen Problemen die psychiatrische Behandlung sowie die aus neurologischer Sicht empfohlene Dauermedikation

(vgl. Urk. 7/112/1-39 S. 21 oben) nicht leisten zu können und sich trotz dem vehement gegen eine Anmeldung bei der Sozialhilfe stellt sowie anlässlich der Begutachtung die Blutentnahme verweigert (vgl. Urk. 7/112/1-39 S. 9 unten),

kann durchaus auf eine erhebliche Durchsetzungsfähigkeit geschlossen werden. Ihre emotional instabile, ängstlich vermeidende Grundhaltung wirkt sich zwar hemmend aus, insgesamt sind jedoch ausreichend persönliche Ressourcen vorhanden.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin über eine Vielzahl von sozialen Kontakten verfügt, welche einer sozialen Isolation und teilweise auch der Vermeidungsproblematik entgegenwirken (vgl. Urk. 7/112/1-39 S. 18 oben). Sie lebt seit Anfang 2016 in einer festen Beziehung mit einem Partner, hat regelmässigen und guten Kontakt zu den zwei älteren Brüdern sowie zur Mutter, zu welcher sie fast täglich Kontakt habe. Auch zur Familie ihres Freundes habe sie einen guten Kontakt (Urk. 7/112/40-59 S. 9 unten) und treffe sich mit ehemaligen Arbeitskollegen (Urk. 7/112/40-59 S. 11). Ihre

Hobbies seien Klavierspielen und Sport treiben (Wake-Skateboard und Wake-Surfen; Urk. 7/112/1-39 S. 5 unten). Durch den Sport könne sie wieder unter Leute gehen und habe sich ein Umfeld aufbauen können, das ihr guttue (Urk. 7/112/40-59 S.

6). Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesablauf ist weitgehend strukturiert (vgl. Urk. 7/112/40-59 S. 11). Da ihre Mutter ihr finanziell aushelfe, putze sie regelmässig bei ihr. Zudem treffe sie sich mindestens einmal pro Woche mit ihrem Freund am Zürichsee zum Wakeboarden und Surfen, ansonsten komme ihr Freund drei- bis viermal pro Woche bei ihr vorbei. Ab und an gehe sie ein kaufen. Für Termine nutze sie die öffentlichen Verkehrsmittel (Urk. 7/112/40-59 S. 11).

Offenkundig bezeichnete sie sich kurz nach der Z.____ -Begutachtung selbst als professionelle Wakeboard -Fahrerin und war fähig, einen Sponsoringvertrag abzuschliessen (vgl. vorstehend E. 3.10). Angesichts des Lebenskontextes der Beschwerdeführerin enthält dieser damit bestätigende, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts des Aktivitätensniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist auf das hohe Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin im privaten Bereich zu verweisen (vgl. vorstehend sozialer Kontext), wobei sich die psychischen Einschränkungen diesbezüglich gering auswirken. Therapiebemühungen wurden zudem trotz guten Erfahrungen und Erfolgsaussichten seit 2016 nicht mehr vorgenommen. Es ist angesichts dieser aktiven Lebensführung nicht konsistent, dass die Beschwerdeführerin nicht vollzeitig arbeiten kann. Der Leidensdruck erscheint aufgrund des Gesagten nicht genug ausgeprägt zu sein, um eine durchgreifende Verhaltensänderung zu erzeugen und die Beschwerdeführerin zu motivieren, ihr Vermeidungsverhalten betreffend Aufnahme einer Erwerbstätigkeit aufzugeben. Damit ist auch

der Gesichtspunkt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks teilweise schon vorweggenommen: Es mag sein, dass die Beschwerdeführerin eine ambivalente Haltung gegenüber der Akzeptanz der Hilfe von aussen einnimmt. Es mag sein, dass diese zum Teil auch durch die selbstunsichere, ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung verursacht wird. Dass es der Beschwerdeführerin jedoch unmöglich gewesen wäre, wieder eine Therapie aufzusuchen, erscheint nicht abwegig, nachdem sie sich bis 2016 einer regelmässigen stattfindenden psychiatrischen Behandlung unterzogen hatte und selber ausführte, diese habe ihr gutgetan und geholfen. Behandlungsanamnestisch ist somit kein Leidensdruck ausgewiesen.

Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen liegt nicht vor.

Hinsichtlich Konsistenz ergibt sich, dass die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild ergeben. Nach der Prüfung der Indikationen ist daher von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie auch in sämtlichen angepassten Tätigkeiten auszugehen. Eine lang an dauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit ist somit nicht ausgewiesen. 4.3

Zusammenfassend fehlt es der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin am vorausgesetzten funktionellen Schweregrad und die Konsistenzprüfung ergibt keine deutliche sowie gleichmässige Einschränkung des Ak

tivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Eine im invalidenversicherungrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Leistungseinschränkung ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auswirkt (vorstehend E. 1.3-4). Insoweit ist von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abzuweichen, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2).

Da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach dem Gesagten weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit während einer relevanten Dauer gesundheitsbedingt massgeblich eingeschränkt war, ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinte. 4.4

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, zu einem abweichenden Ergebnis zu führen. An der vorliegenden Beurteilung vermögen denn auch die Berichte der behandelnden Ärzte ab dem Zeitpunkt des Wartejahres nichts zu ändern. So sind den Berichten zu wenig verlässliche Angaben über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen und es muss auch der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zwar kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen. Jedoch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, da die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Schliesslich ist zu bemerken, dass soziokulturelle Faktoren (Beziehungskonflikte)

und die fehlende abgeschlossene Berufsausbildung invaliditätsfremde Faktoren darstellen. Die Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin zeigt auf, dass sie in der Lage war, einen durchaus marktüblichen Lohn zu erzielen. Die Invalidenversicherung hat rechtsprechungsgemäss nicht dafür einzustehen, wenn Versicherte wegen invaliditätsfremder Faktoren keine entsprechende Arbeit finden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2007 vom 27. August 2008 E. 10). 4. 5

Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren 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) und auf Fr.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 6. August 2019 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 10; Urk 5) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 5.2

Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin trotz Aufforderung (vgl. Urk. 13) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf Fr. 1'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zuzugewährung 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 Ursula Reger-Wytenbach, Horgen, wird mit Fr. 1'900.-- (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 Ursula Reger-Wytenbach - 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, 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 Mosimann Schüpbach

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