

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00658 vom 17. Oktober 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00658](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00658)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00658 du 17 octobre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00658 del 17 ottobre 2020

## **Erwägungen**

### **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**

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. 1.3**

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts

9C\_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

#### **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) über wiegender 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).

#### **E. 1.5**

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

#### **E. 1.6**

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.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, 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 Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenaenderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen

(Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a) .

### **E. 1.7**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.8**

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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten

sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit die berichterstattende Person imstande ist, sich auf Grund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_415/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.9**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 18. September 2019 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

#### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, die Abklärungen hätten ergeben, dass aus somatischer Sicht eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vorzuliegen habe. Die gesundheitlichen Einschränkungen seien jedoch nicht langandauernd. Aus medizinischer Sicht seien die angestammte Tätigkeit als Reinigungsfachfrau sowie alle anderen Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zumutbar. Es bestehe deshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die im Einwandverfahren eingereichten medizinischen Berichte über den psychiatrischen Gesundheitszustand wiesen weder einen veränderten Gesundheitszustand noch eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus. Auf weitere medizinische Abklärungen könne deshalb verzichtet werden (Urk. 2).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, die IV-Stelle habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie nicht nur keine eigenen medizinischen Abklärungen getätigt habe, sondern nicht einmal Berichte der behandelnden Ärzte und Kliniken eingeholt habe. Sie habe aktenwidrige tatsächliche Annahmen getroffen, indem sie übersehen habe, dass die Aktenlage in somatischer Hinsicht entgegen ihrer Behauptung auf eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit schliessen lasse. Unzutreffend sei auch die Behauptung, der psychiatrische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin präsentiere sich unverändert. Vergleiche man jedoch ihren psychiatrischen Gesundheitszustand mit demjenigen, wie er sich im Zeitpunkt des Erlasses des letzten IV-Rentenbescheides (Juni 2016 und nicht August 2018) präsentiere, habe eine objektive und schwerwiegende Verschlechterung stattgefunden (Urk. 1 S. 6). 3.

### 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 8. Februar 2018 (Urk. 8/65) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse im massgebenden Zeitraum zwischen der ersten Verfügung vom 17. Juni 2016 (Urk. 8/50), bestätigt durch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 5. Dezember 2017

(Urk. 9/62) und Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018 (Urk. 8/69), und der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2019 (Urk. 2) insofern verändert haben, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Rente besteht, bzw. ob diese Frage gestützt auf die vorliegenden Akten überhaupt beurteilt werden kann. 3.2

Die rentenaufhebende Verfügung vom 17. Juni 2016 stützte sich in somatischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Berichte des B.\_\_\_\_ vom 14. April und vom 17. Juni 2014 (Urk. 8/24) und in psychiatrischer Hinsicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 15. März 2016 (Urk. 8/44). 3.2.1

Im Bericht vom 14. April 2014 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, Hämatologie und Medizinische Onkologie, vom B.\_\_\_\_ fest, auf hochdosierte Steroide hin habe sich ein partielles Ansprechen der Thrombopenie mit einem Anstieg von 6 bis 89 G/l gezeigt, anschliessend sei es zu einem spontanen Abfall gekommen. Es werde nun eine Zweitlinientherapie geplant mit Rituximab / Dexamethason. Aus hämatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin ihre Arbeit wieder aufnehmen, sobald sich die Thrombozytenzahl stabilisiert (nicht notwendigerweise normalisiert) habe. Sobald die genannte Therapie (mit Rituximab / Dexamethason) begonnen werde, sei wahrscheinlich unter dem hoch dosierten Dexamethason mit einer verminderten Arbeitsfähigkeit zu rechnen, wobei die Therapie über etwa sechs Wochen angelegt sein werde. Es sei grundsätzlich mit einer Restitutio ad integrum, allenfalls Stabilisierung der Thrombozytenzahl mit Dauermedikamenten (TPO-Agonisten), zu rechnen. Unter dieser Therapie sollte aber problemlos eine Arbeitsfähigkeit im bisherigen Umfang möglich sein (Urk. 8/

#### **E. 7**

), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 31. Oktober 2019 mitgeteilt wurde (Urk.

#### **E. 9**

S. 7 f.).

Im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2014 betreffend den dortigen Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 10. bis 11. Juni 2014 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 8/24 S. 9): 1) Autoimmunthrombopenie - Differentialdiagnose: primäre Immunthrombopenie (ITP), sekundäre Immunthrombopenie bei Hyperthyreose 2) Hyperthyreose - anamnestisch seit 10 Jahren - seit 10 Jahren unter Neomercazole - April 2014: Neomercazole pausiert - aktuell: unter 10mg Neomercazole täglich normale Schilddrüsenwerte 3) Deutlich erhöhte antinukleäre Antikörper - 8. April 2014: Titer 1 : 640, gesprenkeltes Muster - zurzeit klinisch keine Anhaltspunkte für rheumatologische Grunderkrankung

Die Beschwerdeführerin sei zur Überwachung nach der ersten Mabthera-Infusion stationär aufgenommen worden. Am Folgetag habe sie beschwerdefrei wieder entlassen werden

können (Urk. 8 /24 S. 10; vgl. auch Urk. 8/3). 3.2.2

Im psychiatrischen Gutachten vom 15. März 2016 stellte Dr. A. \_\_\_ die folgenden Diagnosen nach ICD 10 (Urk. 8/44 S. 11): - Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) - bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert; F32.4/F33.4) - bei akzentuierten (ängstlich-vermeidend, abhängig, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen (Z73.1)

Anlässlich der Untersuchung vom 2. März 2016 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt gewesen. Eine Verdeutlichungs tendenz sei vorhanden gewesen. In der Interaktion sei die Beschwerdeführerin unsicher und emotional expressiv gewesen. Ab und zu sei eine angstvermittelnde Mimik aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei psychomotorisch leicht unruhig gewesen und habe angespannt gewirkt. Im Affekt sei sie klagsam, jammerig und dysthym sowie verärgert, vorwurfsvoll, weinerlich und ängstlich gewesen. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) nicht zu erkennen gewesen (S. 13). Der Gutachter führte weiter aus, für die in den Vorakten angeführte Diagnose gemäss ICD 10 F41.1 (generalisierte Angststörung) werde (fast) vollständig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt.

Entsprechende tatsächliche objektive psychopathologische Befunde in hinreichender Schwere würden nicht dokumentiert. Eine allfällige Verdeutlichungs tendenz/Aggravation werde in diesem Zusammenhang nicht erörtert. Auch werde der mögliche negative Einfluss nicht krankheitsbedingter (sozialer) Faktoren nicht kritisch abgegrenzt. Diese Diagnose könne aktuell nicht bestätigt werden. Die von der Beschwerdeführerin genannten (subjektiven) Beschwerden und die hierzu objektivierbaren Befunde würden vollständig mit einer Angst und depressiven Störung, gemischt (F41.2) erfasst (S. 14). Die ICD 10-Kriterien einer (eventuellen) depressiven Episode seien nicht (mehr) erfüllt. Sie würden auch in den Akten weder nachvollziehbar beschrieben noch kritisch differenziert diskutiert. Bei der Beschwerdeführerin bestünden objektiv keine der Symptome gemäss ICD 10 F32/F33 in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine (allfällige andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Insbesondere die Eingangskriterien dauerhafte Hemmung der Psychomotorik und wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit fehlten (Urk. 8/44 S. 14-16).

Die nosologische Einordnung der akzentuierten Persönlichkeitszüge (Z73.1) als Persönlichkeitsstörung sowie das damit verbundene Postulat einer Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Die akzentuierten (ängstlich-vermeidend, abhängig, emotional expressiv) Persönlichkeitszüge stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besässen. Mit einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD 10 sei hingegen eine Reihe von länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern gemeint. Sie seien Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Meist entstünden diese Zustandsbilder und Verhaltensmuster als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung. Die Persönlichkeitsstörungen seien tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Sie verkörperten gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster seien meistens stabil und bezögen sich

auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Im vorliegenden Fall lägen keine Angaben vor, die die Eingangskriterien der Definition als erfüllt annehmen liessen. Insbesondere die gute und stabile berufliche, familiäre und persönliche Lebensbewährung zumindest bis 2014 (52. Altersjahr) - trotz schwieriger sozialer Lebensumstände, geringer Bildungsressourcen und negativer Lebenserfahrungen – widerspreche der Definition (Urk. 8/44 S. 16-17).

Dr. A. \_\_\_ kam zum Schluss, dass die Gesundheitsschädigung im Fall der Beschwerdeführerin konkret als Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) erscheine. Diese habe sich gemäss Akten bei einer depressiven Störung, die gegenwärtig remittiert sei, entwickelt. Die mit der Angst und depressiven Störung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sei vollständig durch ihre Selbsteinschätzung zu begründen (Urk. 8/44 S. 17). Neben der Angst und depressiven Störung könne keine psychisch ausgewiesene erheblich schwer ausgeprägte dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden (Urk. 8/44 S. 18). Beim Verlauf der Störung seien eine Verdeutlichungstendenz und nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen. Diese Faktoren beeinträchtigten die Leistungssteigerung deutlich. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (von 20 % und mehr bezogen auf ein Pensum von 100 %) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu begründen. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Die hierzu widersprüchlichen Einschätzungen von Dr. D. \_\_\_ und lic. phil. E. \_\_\_

seien nicht kritisch differenziert und könnten nicht bestätigt werden. Sie seien als persönliche Meinung zur Kenntnis zu nehmen. Weitere (fach-)ärztliche Beurteilungen lägen nicht vor, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden könne, ob und gegebenenfalls ab wann genau bereits vor März 2016 auf die im vorliegenden Gutachten erläuterte Einschätzung abgestellt werden könne (Urk. 8/44 S. 19). 3.3

Der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2019 lagen insbesondere die folgenden Berichte zugrunde: 3.3.1

Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 30. Januar 2018 die folgenden Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode - generalisierte Angststörung - somatoforme Schmerzstörung - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Anteilen

Sie führte aus, das Zustandsbild der Beschwerdeführerin habe sich seit der letzten Berichterstattung erheblich verschlechtert. Es habe sich eine starke Schlafstörung herausgebildet, sie leide unter Ein- wie auch Durchschlafstörungen. Der Appetit habe abgenommen, sie habe von einem Gewichtsverlust von 8 kg berichtet. Sie sei auch nicht mehr in der Lage, kürzesten und kleinsten Haushaltsaktivitäten nachzukommen und zeige sich in einem stark depressiven Zustandsbild mit suizidalen Gedanken. Sie sei aufgrund der Instabilität, der schweren depressiven Episode mit Suizidgedanken für einen stationären Aufenthalt in der

F. \_\_\_ angemeldet worden (Urk. 8/64). 3.3.2

Im Bericht der F.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2018 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin betreffend den stationären Aufenthalt vom 7. Dezember 2017 bis 6. Februar 2018 wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) genannt. Es wurde für die Dauer der stationären Behandlung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/66). 3.3.3

Im an die F.\_\_\_\_ gerichteten Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2018 wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 8/83) : - Primäre Hyperthyreose (ED 2002) - seither unter thyreostatischer Medikation - am ehesten bei Autoimmunthyreoiditis Typ Basedow - rezidivierende depressive Störung - Autoimmunthrombopenie (ED 2014) - DD: primäre ITP, sekundäre ITP bei Hyperthyreose 3.3.4

Im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2018 betreffend die Hospitalisation vom 7. Dezember 2017 bis 6. Februar 2018 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) - Autoimmunthrombopenie (ED 2014) - Hyperthyreose, V.a. Morbus Basedow - Adipositas (BMI 32.8) - Vitamin D-Mangel

Die Beschwerdeführerin habe initial mit multiplen vegetativen Beschwerden imponiert, bei depressivem Zustandsbild sowie isoliert und sozial zurückgezogen. Im Rahmen der u.a. muttersprachlich geführten Psychotherapie sei es zunächst auch um die diagnostische Klärung, im späteren Prozess um Stabilisierung und Aufbau einer regelmässigen Tagesstruktur sowie schliesslich um die Rückfallprophylaxe gegangen. Die Patientin habe in deutlich gebesserem Zustand in ihr häusliches Umfeld entlassen werden können, wobei die Weiterführung der engmaschigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen werde. Eine psychiatrische Spitex sei durch ihren Sozialdienst organisiert worden.

Aufgrund einer stark angespannten Symptomatik mit Zittern und innerer Unruhe und zudem erhöhten TSH-Laborwerten bei einer bisher unklaren mit Neo-Marcazole behandelten Hypothyreose (richtig wohl: Hyperthyreose)

sei die Beschwerdeführerin zu einem endokrinologischen

Konsil angemeldet worden. Dort sei ein M. Basedow vermutet worden, was auch gut vereinbar mit der Autoimmunthrombopenie sein könne (Urk. 8/73, vgl. auch Urk. 8/83). 3.3.5

In ihrem Formularbericht vom 5. Dezember 2018 stellte Dr. D.\_\_\_\_ die folgenden psychiatrischen Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich-unsicheren Anteilen (ICD-10 F61).

Die Patientin sei nicht mehr arbeitsfähig und die Prognose sei schlecht (Urk. 8/78).

3.3.6

Im Bericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des H.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2019 zuhanden der IV-Stelle wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Hyperthyreose-Rezidiv nach thyreostatischer Therapie bei M. Basedow genannt. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 28. Januar bis 3. Februar 2019 attestiert; innerhalb von drei (bis maximal sechs)

Monaten sei wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu erwarten

(Urk. 8/ 86) . 3.3. 7

RA D-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 16.

Januar 2019 fest, die Schilddrüse funktioniere unter einer entsprechenden Behandlung wieder regelrecht. Die Diagnose Angst und depressive Störung sei schon im fachpsychiatrischen Gutachten 2016 als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt worden. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich-unsicheren Anteilen sowie eine somatoforme Schmerzstörung seien aktuell erstmalig diagnostiziert worden, wobei eine psychopathologisch nachvollziehbare Beschreibung ausbleibe. Die Einschätzung der aktuell fehlenden Arbeitsfähigkeit, die im starken Widerspruch zum versicherungspsychiatrischen Gutachten stehe, sei wenig nachvollziehbar (Urk. 8/95 S. 4). 3.3. 8

Im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ , Psychiatrie, vom 5. Juni 2019 betreffend die Hospitalisation vom 24. April bis 5. Juni 2019 wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome , genannt . Die Beschwerdeführerin wirke müde und kraftlos , aber bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien reduziert. Es bestünden formale Denkstörungen in Form von häufigem Grübeln und verlangsamtem Denken. Es würden keine Zwänge/Ängste berichtet. Es bestünden keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei sie sehr deprimiert und hoffnungslos. Der Antrieb sei stark verlangsamt. Sie berichte über sozialen Rückzug und über Schlafschwierigkeiten, v.a. beim Einschlafen, sowie über Alpträume. Sie berichte von suizidalen Gedanken. Es bestehe kein Hinweis auf Fremdgefährdung . Der Austritt sei nach Hause erfolgt und es sei ab dem 11. Mai 2019 der Besuch der Tagesklinik an zwei ganzen Tagen pro Woche geplant (Urk. 8/110). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der leistungsabweisenden Verfügung vom 2. September 2019 insbesondere auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dr. I.\_\_\_\_ (vgl. vorne E. 3.3. 7) . Dieser gelangte in somatischer Hinsicht zum Schluss, dass die Schilddrüse unter einer entsprechenden Behandlung wieder regelrecht funktioniere. Damit ist aus somatischer Sicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich . Den Akten sind lediglich vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten wegen der Schilddrüsenerkrankung zu entnehmen. Eine lang andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

ist – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8 f.) – nicht aktenkundig. Auf grund der aktuellen Aktenlage ist somit in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin kein weiterer Abklärungsbedarf ersichtlich. 4.2

Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht anbelangt, kommt RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_

zum Schluss , die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin einer aktuell fehlenden Arbeitsfähigkeit stehe im starken Widerspruch zum versicherungspsychiatrischen Gutachten und sei wenig nachvollziehbar (vgl. vorne E. 3.3. 7) . Die Stellungnahme von

Dr. I. \_\_\_ ist für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin je doch

nicht beweistauglich, zumal er als Facharzt Innere Medizin nicht über die not wendige fachliche Qualifikation verfügt . Zudem handelt es sich bei seiner Stellungnahme lediglich um einen Aktenbericht , die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung (vgl. vorne E. 1.8)

sind indessen nicht gegeben . Ein RAD- Untersuchungsbericht eines psychiatrischen Facharztes liegt nicht vor.

Aus den Akten geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2014 bei Dr. D. \_\_\_ in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet. In ihren Berichten vom 9. Oktober 2014 bzw. 24. September 2015 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine generalisierte Angststörung und eine kombinierte Persönlichkeits störung mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Anteilen (Urk. 8/19 und Urk. 8/34). Psychiater Dr. A. \_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 15. März 2016 hingegen die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert), bei akzentuierten (ängstlich-vermeidend, abhängig, emotional expressiv) Persönlichkeitszügen ( vgl. vorne E. 3.2.2 ).

Da die objektiven Befunde im Begutachtungszeitpunkt (März 2016) gering ausgeprägt waren, sprach der Gutachter der Diagnose eine invalidisierende Wirkung ab. In der Folge begab sich die Beschwerdeführerin vom 7. Dezember 2017 bis 6. Februar 2018 in eine stationäre psychiatrische Behandlung in die

F. \_\_\_ und vom 24. April bis 5. Juni 2019 erfolgte eine weitere stationäre psychiatrische Behandlung im B. \_\_\_ . Die behandelnde Psychiaterin diagnostizierte in Übereinstimmung mit den Ärzten der F. \_\_\_ und des B. \_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (vgl. vorne E.

3.3.1, 3.3.2 , 3.3.4 und 3.3. 8 ) . Neu stellte Dr. D. \_\_\_ in ihren Berichten vom 30. Januar 2018

und 5. Dezember 2018 zudem die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (vgl. vorne E. 3.3.1 , E. 3.3.5 ). Damit bestehen Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im massgebenden Zeitraum sowie Hinweise auf eine Erkrankung, welcher nicht ohne Weiteres eine Relevanz abgesprochen werden kann. Zwar bestehen gemäss dem Gutachten von Dr. A. \_\_\_ (vgl. vorne E. 3 .2.2 ) Anhaltspunkte dafür, dass das psychische Beschwerdebild durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitbestimmt wird.

Dass eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder ein damit vergleichbarer psychischer Leidenszustand mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit besteht, welchem gegenüber einem reaktiven invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen selbständige Bedeutung zukommt, kann indessen nicht gestützt auf die damalige Beurteilung des Gutachters verneint werden. Anhand der vorliegenden Akten kann somit nicht eruiert werden, ob seit der psychiatrischen Begutachtung vom 15. März 2016 eine relevante Änderung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist und ob nunmehr

– bei umfassender Prüfung anhand der Standardindikatoren (vgl. vorne E. 1.4) – ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ungenügend abgeklärt hat.

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen sowie zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

5.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Ob siegen gilt (BGE 137 V 57 E. 2.29), ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) auf Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist. 5.3

Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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.

1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

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