

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00801 vom 9. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00801](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00801)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00801 du 9 octobre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00801 del 9 ottobre 2019

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1967, war im Jahr 1997 bei der Y.\_\_\_\_, von 1998 bis 2000 bei der Z.\_\_\_\_ AG, im Jahr 2001 bei der A.\_\_\_\_ AG, von 2002 bis 20

#### E. 1.1

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevidierung und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbestimmung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

#### **E. 1.4**

Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5.a).

#### **E. 1.5**

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 für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte 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 reinen tendenzgründenden 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).

### **E. 1.6**

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. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für angepasste Tätigkeit nicht nachvollziehbar sei. Die Beschwerdeführerin sei belastet durch die angespannte finanzielle Situation, die wiederkehrenden Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt und durch die mangelnde Perspektive. Dies seien invaliditätsfremde Faktoren, die nicht berücksichtigt werden könnten (S. 1). Der psychische Zustand habe sich spätestens seit Mai 2018 gebessert. Für Haushaltstätigkeiten sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt und die vorhandenen körperlichen Beschwerden schränken sie auch für Bürotätigkeiten nicht ein. Es bestünden genügend Ressourcen, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, da die Beschwerdeführerin unter anderem sehr intelligent und

hochqualifiziert sei (S. 2 oben). Sie sei zu einigen Aktivitäten in der Lage, stehe sie doch seit Jahren in einem andauernden Kampf mit dem Sozialamt, wobei auch gerichtliche Auseinandersetzungen stattfänden. Die im Gutachten genannte Opferrolle trage wesentlich dazu bei, dass sich die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig fühle. Bei den von ihr genannten Alltagsaktivitäten sei nicht nachvollziehbar, dass sie sich subjektiv überhaupt nicht arbeitsfähig fühle (S. 2 Mitte).

Eine psychische Beeinträchtigung bestehe bereits seit mehreren Jahren. Eine IV-Anmeldung sei jedoch erst jetzt erfolgt, als die Schulterbeschwerden aufgetaucht seien. Es müsse folglich davon ausgegangen werden, dass die psychischen Leiden die Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt hätten, dass eine IV-Anmeldung notwendig gewesen wäre (S. 2 unten). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es erhellte bereits aus dem Umstand, dass der Gutachter auch dem ADHS eine Auswirkung auf die Konzentrationsfähigkeit im Zusammenhang mit der Depression zuschreibe, dass es sich eben nicht um ausschliesslich psychosoziale Belastungsfaktoren handeln könne, die das Beschwerdebild prägen. Dass der Gutachter die nicht krankheitsbedingten/psychosozialen Einschränkungen separat erfasst und bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausgeklammert habe, gehe klar aus seinen Ausführungen hervor. So habe er angemerkt, dass sie zudem auch unter den psychosozialen Faktoren leide. Der Gutachter habe eine mittelweil verselbständigte chronifizierte Depression mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbstätigkeit festgestellt. Dabei sei es völlig unerheblich, ob die jahrelangen Belastungen durch die Berufstätigkeit, die Aufgabe als Hausfrau und Mutter und die Gewalttätigkeiten des Ehemannes einst ursächlich für die Entwicklung der Depression gewesen seien. Diese Faktoren lägen heute nicht mehr vor. Für das Vorliegen einer verselbständigten chronifizierten Depression spreche auch der Umstand, dass sie sich seit Jahren in ambulanter Psychotherapie befinde, welche vom Gutachter als adäquat beurteilt worden sei (S. 5 f. Ziff. 5).

Die Diagnosen «Status nach posttraumatischer Belastungsstörung» und «abhängige Persönlichkeitsstörung» seien bei den Ressourcen und Komorbiditäten zu berücksichtigen. Sie sei laut dem Gutachter in der Rolle des Opfers gefangen, aus der sie sich nicht lösen und entsprechend ihre Ressourcen wie Intelligenz und berufliche Qualifikation nicht nutzen könne (S. 6 Ziff. 6). Die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei schlüssig und nachvollziehbar und lasse auch ein bestimmtes Mass an Freizeitaktivitäten zu, ohne dass eine Inkonsistenz vorliegen würde (S. 7 Ziff. 6). Es sei auf sie abzustellen (S. 7 f. Ziff. 7).

Von ihrem Ex-Mann werde sie finanziell nicht unterstützt. Selbst nach der Geburt ihrer Kinder 2006 und 2008 habe sie bis Mai 2011 gearbeitet. Der Betreuungsaufwand für die Kinder halte sich mit Blick auf deren Alter stark in Grenzen, dies auch deshalb, weil diese eine Tagesschule besuchten. Mit Blick auf ihre Ausbildung und Berufsbiographie sei sie daher als voll Erwerbstätige zu qualifizieren (S. 8 Ziff. 8). Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % resultiere aus einem auf die Zahlen des Bundesamts für Statistik gestützten Einkommensvergleich ein Anspruch auf eine ganze Rente (S. 8 Ziff. 9). Werde eine Qualifikation als Teilerwerbstätige angenommen, so beantrage sie eine Haushaltsabklärung zwecks Bemessung der Einschränkungen im Haushalt. Die Erledigung von schweren Haushaltstätigkeiten sei ihr aufgrund des Schulterleidens rechts nämlich nicht mehr möglich (S. 9 Ziff. 10). 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin betreffend die Qualifikation der Beschwerdeführerin aus, diese habe anlässlich der Begutachtung erklärt, sie könne sich nicht vorstellen, in einem Pensum von 50 % zu arbeiten, da sie für ihre Kinder da sein müsse, wobei sie sehr beschäftigt sei mit der Suche nach einer neuen Schule für ihre Tochter. Sie habe gar keine Zeit, um arbeiten zu können. Sie sei deshalb nicht als voll erwerbstätig zu qualifizieren, sondern vielmehr als zu 100 % im Haushalt tätig (S. 1 unten).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten sei die Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Hausfrau und in der Kinderbetreuung nicht beeinträchtigt. Aufgrund der Schulterbeschwerden seien ihr zwar Überkopfarbeiten und das Hantieren in Körperferne nicht mehr zumutbar, auch seien repetitive Umwendlbewegungen unter einer Belastung von mehr als 2 kg nur noch bedingt möglich und für den rechten Arm bestehe eine maximale Gewichtsbelastung von 2 kg bis Brusthöhe. Mit diesem Belastbarkeitsprofil seien ihr die Ausübung eines Grossteils der Haushaltstätigkeiten ohne weiteres möglich. In antizipierter Beweiswürdigung könne daher auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werden, sei doch ausgeschlossen, dass daraus eine Einschränkung im Haushalt von auch nur annähernd 40 % resultieren könnte (S. 2). 2.4

In der Replik (Urk. 10) führte die Beschwerdeführerin aus, es sei nun eine neue Schule beziehungsweise ein Internat für die Tochter gefunden worden. Die von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (vorstehend E. 2.3) zitierte Angabe betreffend fehlende Zeit für eine Erwerbstätigkeit sei nur vorübergehend gültig gewesen und habe sich nicht auf die hypothetische Frage der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall bezogen, sondern auf die Mehrfachbelastung von Erwerbstätigkeit, Gesundheitsschaden und Kinderbetreuung beziehungsweise Suche nach einer neuen Schule für die Tochter (S. 1 Ziff. 1).

Aktuell werde sie im Haushalt drei Stunden in der Woche durch die Spitex unterstützt. Tätigkeiten wie Staubsaugen, Fensterputzen et cetera seien ihr durch ihr somatisches Leiden nicht möglich (S. 2). 2.5

Strittig ist somit der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. Zu prüfen ist, ob ein von psychosozialen Faktoren genügend abgrenzbarer psychischer Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin vorliegt und gegebenenfalls, welche Auswirkungen dieser unter Berücksichtigung der einschlägigen Standardindikatoren auf ihre Arbeitsfähigkeit zeitigt. Hernach ist gegebenenfalls die Statusfrage zu beantworten und die Invaliditätsbemessung vorzunehmen. 3.

### 3.1

Die Ärzte der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ bestätigten im Schreiben vom 26. März 2013 (Urk. 7/73/29), dass am 2. August 2011 nach entsprechender Überweisung durch den Hausarzt die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F.90.0) habe bestätigt werden können. 3.2

Die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 2. Mai 2017 (Urk. 7/8 = Urk. 7/9 = Urk. 7/28/2-3 = Urk. 7/46) folgende Diagnose (S. 1): - Schulter rechts, dominant: Status nach Revision mit Re-Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und superiorer Kapselrekonstruktion am 3. Oktober 2016 bei - Reruptur einer 2014 rekonstruierten Rotatorenmanschettenruptur. Aktuell: Status nach Sturz und Distorsion der Schulter am

25. Dezember 2016

Die gleichentags erfolgte dynamische Ultraschalluntersuchung sei sehr erfreulich gewesen und habe ein reizloses Einwachsen des Graftes mit guter Integration gezeigt. Auch der Übergang zu den benachbarten Rotatorenmanschettensehnen stelle sich sonographisch erfreulich dar. Die Patientin zeige gut ein halbes Jahr nach der Revisionsoperation einen ansprechenden Verlauf (S. 2 oben).

Die Einschränkungen bezüglich Beweglichkeit und Kraft im Bereich der rechten Schulter seien als langfristig anzuerkennen. Eine Steigerung der Belastbarkeit werde als unwahrscheinlich erachtet. Rein unbelastete Tätigkeiten seien bis zu einem Aktivitätsniveau von Brusthöhe für die rechte Schulter zumutbar. Überkopfarbeiten sowie das Hantieren in Körpermitte seien nicht zumutbar. Repetitive Umwendbewegungen, insbesondere unter einer Belastung von mehr als 2 kg, seien ebenfalls nur bedingt möglich. Das Stehen und Gehen seien nicht eingeschränkt. Eine maximale Gewichtsbelastung werde für den rechten Arm bei 2 kg bis Brusthöhe gesehen. Spitex-Unterstützung im häuslichen Umfeld sei weiterhin Bestandteil der Betreuung. Manche Haushaltssachen seien für den rechten Arm nicht durchführbar (S. 2). 3.3

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 16. Oktober 2017 (Urk. 7/27) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 16. Dezember 2011 (Ziff. 1.2). Sie nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - ICD-10 F34.1 anhaltende ängstliche Depression - Schulterschmerzen

Die Patientin sei 2011 zu ihr gekommen, weil sie Angst vor der bevorstehenden Entlassung ihres Mannes aus dem Gefängnis gehabt habe. Sie habe ihn wegen Drogenhandels und häuslicher Gewalt angezeigt gehabt; ein libanesischer Flüchtling, mit dem sie zwei Kinder habe. Es seien 5 Jahre mit massiver körperlicher und seelischer Gewalt vorausgegangen. Nach der Entlassung anfangs 2012 seien Jahre mit juristischen Auseinandersetzungen und der drohenden Entführung der Kinder in den Libanon gefolgt. Schliesslich sei 2016 die Scheidung erfolgt, ihr Mann sei ausgewiesen worden. Beide Kinder seien psychisch auffällig gewesen, die Patientin habe für Therapie und Sonderschulen gekämpft. Heute, wo es an diesen Fronten ruhiger geworden sei, kämen gesundheitliche Probleme und eine tiefsitzende Hoffnungslosigkeit zum Tragen. Die Patientin habe zuerst Jus studiert und dann Wirtschaft abgeschlossen, habe hochkarätige Stellen innegehabt und 2002 ein erstes Burnout erlitten. Später sei ein

ADHS diagnostiziert und sie sei mit hochdosiertem Ritalin behandelt worden. Davon sei sie bis heute nicht mehr loszubringen. Es handle sich um eine einerseits lebhaft Patientin, deren Bewusstsein von dauernden Katastrophen und einer erlernten Hilflosigkeit eingenommen sei. Ihre Sicht sei fixiert auf alles, was nicht gehe, und habe so einen chronisch depressiven Anstrich. Gleichzeitig sei sie immer am Kämpfen, meist mit juristischen Mitteln (Ziff. 1.4). Trotz ihrer sehr vielen Begabungen und der sehr guten Intelligenz sei die Prognose schlecht (Ziff. 1.5). Gegenwärtig sehe sie die Patientin sporadisch und versuche, etwas Ordnung und Unterstützung zu geben. Einen kurativen Anspruch habe Dr. G.\_\_\_\_ aufgegeben (Ziff. 1.5).

Ihre Arbeitsfähigkeit sei schwer einzuschätzen. Alle Versuche, sie zu etwas zu bewegen, seien fehlgeschlagen. Sie sei Mutter und mache den Haushalt (Ziff. 1.6). Sie sei sehr sprunghaft, wenn es allerdings um juristische Plädoyers gehe, leiste sie immer wieder Erstaunliches. Eine Arbeitsfähigkeit müsste stundenweise aufgebaut werden, aber es sei sehr

fraglich, ob das gehen würde. Alle Bürotätigkeiten seien seit dem Auftreten der Schulterbeschwerden zusätzlich erschwert. Eine Recherchiertätigkeit in einem Pensum von 50 % bei einem Detektivbüro im Jahr 2016 habe für einige Wochen ideal geschienen, dann sei sie wegen der Schulteroperation ausgefallen und habe die Anstellung verloren (Ziff. 1.7). 3.4

Im Bericht vom 30. April 2018 (Urk. 7/51) nannte Dr. G.\_\_\_\_ als Diagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (F.43.1). Ein erneuter Anlauf mit antidepressiver medikamentöser Behandlung sei mit einer guten Respon se gekrönt gewesen. Vor Jahren, als der Druck der Ereignisse so dominant gewesen sei, habe die antidepressive Therapie nichts gebracht. Jetzt reagiere sie mit einer Beruhigung der Stressachse. Sie sei weniger schnell alarmiert oder «getriggert» durch Ereignisse, die mit dem Ex-Mann zusammenhängen . Ansonsten sei sie jeweils über Tage wieder im alten Bedrohungsmodus gewesen, unfähig, sich auf etwas Anderes zu konzentrieren als die Bedrohung der Kinder. Die Diagnose lasse sich nun korrigieren als posttraumatische Belastungsstörung mit deutlich abgrenzbaren Triggerelementen , an welchen nun psychotherapeutisch gearbeitet werden könne (Ziff. 1.

### **E. 03**

bei der B.\_\_\_\_ AG , von 2004 bis 2008 bei der C.\_\_\_\_ und von 2008 bis 2009 bei der D.\_\_\_\_ als Finanzexpertin tätig (Urk. 7/33). Unter Hinweis auf eine Rotatorenmanschettenruptur mit Schultergelenksarthrose meldete sie sich am 4. August 2016 (richtig: 2017) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/11). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und veranlasste ein psychiatrisches Gutachten, das am 28. Mai 2019 erstattet wurde (Urk. 7/73).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/77; Urk. 7/81) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Oktober 2019 einen Rentenanspruch (Urk. 7/85 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 8. November 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Oktober 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente ab Februar 2018 zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Dezember 2019 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 8. Januar 2020 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 8). Die Beschwerdeführerin erstattete ihre Replik am 13. Januar 2020 (Urk. 10), die Beschwerdegegnerin teilte mit Eingabe vom 30. Januar 2020 (Urk. 12) mit, dass sie auf eine Duplik verzichte. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3**

).

Somit sei es nun erstmals realistisch, über einen Aufbau in beruflicher Hinsicht nachzudenken. Die Konzentrationsfähigkeit der Patientin sei gebessert und die Angstbereitschaft beruhigt. Die Kinder seien aber beide auch traumatisiert und bräuchten nach wie vor viel Präsenz seitens der Mutter. Eine angepasste Tätigkeit sei schwer zu definieren (Ziff. 2.1).

Die Leistungsfähigkeit sei etwa bei 20 bis 30 % anzusetzen und sei steigerungsfähig auf 40 bis 50 % (Ziff. 2.2). Neu finde wieder eine intensivere Psychotherapie mit einem wöchentlichen Rhythmus statt (Ziff. 3.1). Die Prognose sei viel positiver als noch vor Kurzem (Ziff. 3.3).

### **E. 3.6**

Am 28. Mai 2019 erstattete Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/73). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 6.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - ADHS (F90.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.2) nannte er einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1).

Zum psychiatrischen Befund wurde festgehalten, die Explorandin habe innerlich angetrieben gewirkt, habe schnell und viel gesprochen, sich zum Teil in Details verloren und Mühe gehabt, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Sie habe angetrieben gewirkt, die Stimmung sei klagsam, herabgesetzt, depressiv gewesen. Der affektive Kontakt zum Untersucher sei distanziert geblieben. Immer wieder sei sie auf ihre Rolle als Opfer der Gesellschaft, ihres Vaters, ihres Ehemannes und des Sozialamtes zu sprechen gekommen. Sie scheine in der Opferrolle richtiggehend gefangen zu sein. Sie habe sich differenziert ausgedrückt, die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Sie habe Mühe gehabt, sich auf die gestellten Fragen zu konzentrieren. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt und ihre Ausführungen anschaulich gewesen. Das Denken sei depressiv eingeengt (S. 18 f. Ziff. 4.3).

Zur Herleitung der Diagnosen hielt der Gutachter fest, wegen ihres Ex-Mannes habe die Explorandin während Jahren unter grossen Ängsten gelitten. Erst im Laufe der letzten Jahre habe sie sich etwas beruhigen können. Noch immer werde sie aber an die Misshandlungen erinnert, wenn sie einen arabisch aussehenden Mann auf der Strasse sehe. Die Ängste seien deutlich zurückgegangen, auch die Nachhallerinnerungen träten nur noch selten auf und sie leide auch nicht unter Alpträumen. Es könne daher ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung diagnostiziert werden (S. 19 f. Ziff. 6.3).

Die jahrelangen Belastungen durch ihre Berufstätigkeit, die Aufgabe als Hausfrau und Mutter und die Gewalttätigkeiten ihres Ehemannes hätten bei der Explorandin zu einer depressiven Entwicklung geführt. Diese werde zurzeit auch durch die psychosozialen Belastungen, Sozialhilfeabhängigkeit und finanzielle Nöte mitverursacht. Zurzeit liege ein mittelgradiges depressives Zustandsbild vor. Sie sei freudlos, zeige einen sozialen Rückzug und habe keine Zukunftsperspektiven. Es handle sich um ein agitiertes depressives Zustandsbild, wobei nicht sicher auszuschliessen sei, dass die hohe Dosis Ritalin von 160 mg pro Tag diese innere Unruhe mitverursache. Die Indikation für dieses Medikament sei dringend zu überprüfen, da die Explorandin früher in der Lage gewesen sei, zwei Studien erfolgreich abzuschliessen und erfolgreich zu arbeiten, weshalb nicht von einem schweren ADHS gesprochen werden könne (S. 20 oben). Das ADHS habe früher keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Im Zusammenhang mit der Depression habe die Explorandin aber vermehrt Mühe, sich zu konzentrieren, sodass das ADHS in Kombination mit der Depression die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (S. 20 Mitte Ziff. 6.3).

Zwar könne auch eine abhängige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, habe die Explorandin doch wiederholt in leitenden Stellungen gearbeitet und dabei keine Probleme gehabt (S. 21 oben Ziff. 6.3). Sie lebe zusammen mit ihren Kindern und führe den Haushalt selbständig. Sie sei zu einigen Aktivitäten in der Lage. So stehe sie seit Jahren in einem andauernden Kampf mit dem Sozialamt, von dem sie sich zu wenig unterstützt fühle, es fänden auch gerichtliche Auseinandersetzungen statt. Sie mache der Umgebung, also dem Vater, dem Ex-Mann und den Behörden Vorwürfe, dass sie sie nicht genügend unterstützten, dass sie schuld seien an ihrer jetzigen Situation. Sie sei in der Rolle des Opfers gefangen, aus der sie sich nicht lösen könne. Dies trage wesentlich dazu bei, dass sie sich als nicht arbeitsfähig einschätze. Bei den von der Explorandin beschriebenen Alltagsaktivitäten sei nicht nachvollziehbar, dass sie sich subjektiv als überhaupt nicht arbeitsfähig einschätze (S. 21 oben Ziff. 6.3).

Die Explorandin befinde sich seit Jahren in ambulanter Psychotherapie, wobei erst in den letzten Jahren eine kontinuierliche Therapie stattfinde. Diese sei an sich adäquat, es stelle sich aber die Frage, ob eine so hohe Dosis Ritalin notwendig sei. Sie sehe sich als nicht arbeitsfähig an, schäme sich, versagt zu haben und sei auf ihre Opferrolle fixiert. Dies trage wesentlich dazu bei, dass sie bis anhin keine Anstrengungen unternommen habe, um sich beruflich zu reintegrieren und auch jetzt dazu nicht bereit sei. Sie leide aber nicht an einer derart schweren psychiatrischen Störung, dass es ihr völlig unzumutbar wäre, mindestens teilweise einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Ob sich die Opferrolle wesentlich verändern lasse, sei eher fraglich. Die Explorandin sei sich auch bewusst, dass sie aufgrund ihres Alters und ihres Lebenslaufes kaum mehr Chancen auf so gut bezahlte Arbeitsstellen mit Führungsfunktionen in der freien Wirtschaft habe. Auch dies könne möglicherweise dazu beitragen, dass sie sich kaum als arbeitsfähig einschätze (S. 22 Ziff. 7.2).

In der bisherigen leitenden Tätigkeit im Finanzwesen sei sie Explorandin nicht mehr arbeitsfähig (Ziff. 8.1.1). Die entsprechende Arbeitsfähigkeit von 0 % bestehe seit Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung im Dezember 2011 (S. 24 Ziff. 8.1.4). Angepasst sei eine Tätigkeit, welche keine hohen psychischen Belastungen aufweise und bei der kein hoher Leistungsdruck herrsche (Ziff. 8.2.1). In einer solchen Tätigkeit sei eine Präsenz von 4 bis 6 Stunden pro Tag möglich (Ziff. 8.2.2). Aufgrund der Depression und der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit, die durch das vorbestehende ADHS verstärkt werde, bestehe dabei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (Ziff. 8.2.3). In einer angepassten Tätigkeit bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Ziff. 8.2.4). Es sei davon auszugehen, dass von Oktober 2011 bis April 2018 eine Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) von 0 % bestanden habe. Seit Mai 2018 bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dr. G.\_\_\_\_ habe in ihrem Bericht vom 30. April 2018 (vorstehend E. 3.4) erwähnt, dass sich das Zustandsbild gebessert habe, wobei sie eine Arbeitsfähigkeit bis zu 50 % attestiert habe. Es fänden sich keine Hinweise dafür, dass sich der Gesundheitszustand seither verschlechtert hätte, so dass die Arbeitsunfähigkeit von 100 %, die der zurzeit behandelnde Psychiater attestiert habe, nicht nachvollzogen werden könne (S. 24 Ziff. 8.2.5). Die Explorandin sei immer in der Lage gewesen, sich um den Haushalt und die Kinder zu kümmern. In der Tätigkeit als Hausfrau bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, auch rückwirkend könne hier keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 25 Ziff. 8.2.5).

### **E. 3.7**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2019 (Urk. 7/76 S. 5), den Beurteilungen des psychiatrischen Gutachters (vorstehend E. 3.5) zu folgen. 4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019 (vorstehend E. 3.6) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet. Es ist somit beweiskräftig (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb grundsätzlich in Übereinstimmung mit der Stellungnahme des RAD (vorstehend E. 3.7) darauf abgestellt werden kann. 4.2

Die vom Gutachter gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, lässt sich anhand des anlässlich der Begutachtung erhobenen psychiatrischen Befundes gut nachvollziehen. Eine (anhaltende ängstliche) Depression hatte Dr. G.\_\_\_\_

denn auch bereits im Oktober 2017 diagnostiziert (vorstehend E. 3.3) und Dr. H.\_\_\_\_ nannte im Oktober 2018 als Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (vorstehend E. 3.5). Überzeugend legte der Gutachter dar, dass die vormals noch diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung mangels entsprechender Symptomatik abgeklungen sei und entsprechend keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr zeitige. 4.3

Zwar zitierte die Beschwerdeführerin den Gutachter in dem Sinne richtig, dass die Beschwerdeführerin durch die angespannte finanzielle Situation, die wiederkehrenden Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt und die mangelnde Perspektive belastet sei (vorstehend E. 2.1). Es stimmt auch, dass diese Faktoren für sich alleine betrachtet invaliditätsfremd sind. Indessen diagnostizierte der Gutachter eine eigenständige Depression, welche lediglich ihren Ursprung in jahrelangen psychosozialen Belastungen hatte, die entsprechenden psychiatrischen Befunde in diesen jedoch nicht in dem Sinne eine hinreichende Erklärung finden, dass sie in ihnen gleichsam aufgehen würden (vgl. E. 1.4). Der Gutachter sprach lediglich von einer Mitverursachung der depressiven Entwicklung durch weiterhin bestehende psychosoziale Belastungen, was das Bestehen einer eigenständigen Depression keineswegs ausschliesst. Der psychiatrische Gesundheitsschaden besteht sodann nicht nur in der Depression, sondern diese wird bei der Beschwerdeführerin auf ungünstige Weise mit dem gutachterlich festgestellten, bereits im August 2011 diagnostizierten (vgl. E. 3.1) ADHS kombiniert.

Die daraus resultierenden

zusätzlichen Konzentrationsstörungen beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit ebenfalls. 4.4

Es liegen folglich in Gestalt einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F.33.1), sowie eines ADHS (F90.0) fachärztlich schlüssig festgestellte psychische Störungen von Krankheitswert vor. Entsprechend 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 (E. 1.5 -6) erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen.

4.5

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in der Stimmung klagsam, herabgesetzt, depressiv ist. Sie ist affektiv distanziert, innerlich angetrieben, teilweise verliert sie sich in Details und hat Mühe, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Ihre Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt und ihr Denken depressiv eingeengt. Sie ist gefangen in der Opferrolle (vorstehend E. 3.6). Demnach bestehen bei der Beschwerdeführerin mässige bis mittelschwere psychische Beeinträchtigungen.

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit November 2014 zur Behandlung des ADHS hochdosiertes Ritalin (160-200 mg pro Tag) einnimmt (vgl. Urk. 7/73/18+28) und seit Dezember 2011 ambulante psychiatrische Unterstützung bei Dr. G.\_\_\_\_ in Anspruch nimmt. Im Bericht vom Oktober 2017 (vorstehend E. 3.3) hielt diese allerdings fest, sie sehe die Patientin gegenwärtig nur sporadisch, einen kurativen Anspruch habe sie aufgegeben. Immerhin berichtete sie im April 2018 (vorstehend E. 3.4) wieder von einer intensiveren Psychotherapie mit einem wöchentlichen Rhythmus und gemäss Dr. H.\_\_\_\_ bestand im Oktober 2018 (vorstehend E. 3.5) bei ihm ein viertägiger Sitzungsrhythmus, wobei nicht ganz klar ist, ob die beiden Therapeuten vorübergehend parallel mit der Beschwerdeführerin arbeiteten.

Jedenfalls scheint sie mittlerweile vorwiegend Dr. H.\_\_\_\_

regelmässig aufzusuchen (vgl. Urk. 7/73 S. 17 Ziff. 3.2.12 sowie S. 18 Ziff. 3.2.13). Auch der Gutachter beschrieb eine erst in den letzten Jahren kontinuierliche Therapie, welche er indes als adäquat erachtete. Er stellte jedoch in Frage, ob eine derart hohe Dosis Ritalin notwendig sei, könne doch die innere Unruhe auch durch die zu hohe Dosis Ritalin verursacht sein. Die Indikation für dieses Medikament sei daher dringend zu überprüfen. Im April 2018 hatte Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.4) festgehalten, ein erneuter Anlauf mit antidepressiver medikamentöser Behandlung habe eine gute Wirkung gezeigt, es sei eine Beruhigung der Stressachse erfolgt. Es bestehe wieder eine Leistungsfähigkeit und es sei bei einer viel positiveren Prognose nun realistisch, über einen Aufbau in beruflicher Hinsicht nachzudenken. Abgestützt auf diesen Bericht ist mit dem Gutachter somit von einem spätestens ab April 2018 klar verbesserten Gesundheitszustand auszugehen, was als Behandlungserfolg zu werten ist. Das Behandlungspotenzial ist zudem insbesondere das ADHS beziehungsweise die Ritalindosierung betreffend noch nicht ausgeschöpft. Auch eine depressive Störung gilt ganz allgemein als behandelbar.

Im Jahr 2016 führte die Beschwerdeführerin einige Wochen in einem Pensum von 50 % Recherchiertätigkeiten bei einem Detektivbüro aus. Diese Anstellung verlor sie allerdings nicht etwa wegen psychischer Einschränkungen, sondern infolge einer Schulteroperation. Weitere Eingliederungsversuche sind nicht aktenkundig, womit keine Eingliederungsresistenz vorliegt.

Eine psychiatrische Komorbidität liegt vor, da sowohl die depressive Störung als auch das ADHS Krankheitswert aufweisen, wobei sich die beiden Störungen in ungünstiger Weise miteinander kombinieren. Das ADHS wirkt sich dabei insbesondere auf die Konzentrationsfähigkeit negativ aus. Die abhängige Persönlichkeitsstörung hingegen bestand mit dem Gutachter bereits, als die Beschwerdeführerin beruflich problemlos unterwegs und in leitenden Stellungen als Finanzexpertin tätig war. Sie wirkt sich folglich

auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus, ist nicht krankheitswertig und stellt entsprechend entgegen der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2) auch keine zu berücksichtigende psychiatrische Komorbidität dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 5.2.3).

Zum Komplex Persönlichkeit ist weiter hinzuzufügen, dass die Beschwerdeführerin von 1990 bis 1994 ein Jus-, sowie von 1994 bis 1998 ein Wirtschaftsstudium erfolgreich absolviert und danach bis 2011 in diversen Unternehmen in leitender Stellung als Finanzexpertin gearbeitet hat (Urk. 7/73 S. 15 Ziff. 3.2.6-7). Gemäss Dr. G.\_\_\_\_ verfüge sie über sehr viele Begabungen und eine sehr gute Intelligenz (vorstehend E. 3.3). Auch Dr. H.\_\_\_\_ erachtete sie als kognitiv gut entwickelt (vorstehend E. 3.5), während der Gutachter ihr in der Untersuchung eine durchschnittliche Intelligenzleistung attestierte. Die Beschwerdeführerin verfügt somit über intakte persönliche Ressourcen.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin von 2005 bis 2011 mit ihrem Ex-Mann zusammenlebte und bis 2016 mit diesem verheiratet war. Aus der Ehe, welche von vielen Konflikten geprägt war, gingen eine Tochter (Jahrgang 2006) und ein Sohn

(Jahrgang 2008) hervor. Beide sind psychisch auffällig. So habe die Tochter Mühe mit Gleichaltrigen, sei auch aggressiv und gehe zum Teil mit einem Messer auf diese los. Sie befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Auch der Sohn leide unter Ängsten, sei aber sozial gut integriert. Die Kinder leben mit der Beschwerdeführerin zusammen, die Tochter weilt unter der Woche allerdings im Internat und der Sohn besucht eine Tagesschule. Von den früheren Kontakten habe sie sich zurückgezogen, da sie sich schäme. Sie habe auch kein Geld, um an sozialen Aktivitäten teilnehmen zu können (Urk. 7/73 S. 16 Ziff. 3.2.9, vorstehend E. 2.4),

sie lebt also sehr zurückgezogen (vgl. Urk. 7/37 S. 23 Ziff. 7.4), Kontakt hat sie gemäss Dr. H.\_\_\_\_ nur noch zu ihren Eltern (vorstehend E. 3.5). Ihr Tagesablauf gestalte sich so, dass sie von 21 bis 6.30 Uhr in der Regel gut schlafe, dann aufstehe und das Frühstück für die Kinder zubereite. Bis vor Kurzem habe sie diese jeweils auch in die Schule begleitet, was jetzt nicht mehr notwendig sei. Tagsüber kümmere sie sich um den Haushalt, den sie bis auf schwerere Arbeiten selbständig führe. Immer wieder gebe es (auch juristische) Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt. Hobbys habe sie keine, sei aber in der Kirche aktiv, wo sie bei Anlässen helfe. Dies sei die einzige Beziehung zur Aussenwelt (Urk. 7/73 S. 17 Ziff. 3.2.11). Ein sozialer Rückzug liegt somit klarer Weise vor, dieser erfolgt aber offenbar nicht nur aufgrund fehlender Kraft, sondern auch aufgrund fehlender Finanzen und eines Schamgefühls. In Anbetracht dessen, dass die Beschwerdeführerin über einen geregelten Tagesablauf verfügt, den Haushalt nur aus somatischen Gründen nicht vollständig alleine erledigt, sich um die Kinder kümmern kann und auch die Energie für juristische Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt vorhanden zu sein scheint, ist insgesamt trotz des sozialen Rückzugs von nur leicht verminderten sozialen Ressourcen auszugehen. 4.6

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunktes des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen hielt der Gutachter zu Recht fest, es sei bei den beschriebenen Alltagsaktivitäten (vgl. vorstehend E. 4.5) nicht nachvollziehbar, dass sie sich subjektiv als überhaupt nicht arbeitsfähig einschätze. Zu dieser Einschätzung trage

möglicherweise ihr Bewusstsein bei, dass sie aufgrund ihres Alters und ihres Lebenslaufes kaum mehr Chancen auf so gut bezahlte Arbeitsstellen mit Führungsfunktionen wie früher habe. Auch Dr. G.\_\_\_\_ hatte in ihrem Bericht vom 16. Oktober 2017 (vorstehend E. 3.3) eine eher mässige Arbeitsmotivation angedeutet, indem sie festhielt, es seien alle Versuche, sie zu etwas zu bewegen, fehlgeschlagen. Dies obwohl sie zum Beispiel Erstaunliches leiste, wenn es um juristische Plädoyers gehe. Es ist dem Gutachter daher darin zuzustimmen, dass das Aktivitätenniveau im Alltag mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in sämtlichen Tätigkeiten, wie sie von Dr. H.\_\_\_\_ attestiert worden war, nicht vereinbar ist. Ob es mit der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit vereinbar ist, ist im Rahmen der Gesamtwürdigung der Standardindikatoren zu beurteilen (vgl. nachstehend E. 4.7).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin nach zunächst nur lockerem Sitzungsrythmus seit Frühjahr 2018 in relativ engmaschiger, grundsätzlich geeigneter psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung befindet. Stationäre Aufenthalte wurden bislang keine notwendig. Behandlungsanamnestisch ist somit ein mässiger bis mittlerer Leidensdruck ausgewiesen.

Nachdem die Beschwerdeführerin, welche sich selber als vollständig arbeitsunfähig erachtet, soweit ersichtlich bislang lediglich im Jahr 2016 einen kurzen Eingliederungsversuch unternommen hatte (vgl. vorstehend Ziff. 4.5), ist eingliederungsanamnestisch kein Leidensdruck feststellbar. 4.7

Zusammengefasst erledigt die Beschwerdeführerin den Haushalt praktisch selbständig, betreut am Abend (Sohn) und am Wochenende (Sohn und Tochter) die Kinder, führt juristische Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt aus und hilft gelegentlich bei Anlässen in der Kirche. Sie verfügt über intakte persönliche Ressourcen. Indes sind ihre sozialen Ressourcen leicht vermindert, ihre Stimmung herabgesetzt und ihr Denken depressiv eingengt, sie ist innerlich angetrieben, hat Mühe, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, ihre Konzentrationsfähigkeit ist – gerade auch infolge der

psychiatrischen Komorbidität - herabgesetzt und sie ist in der Opferrolle gefangen. Ein mässiger bis mittlerer Leidensdruck ist sodann behandlungsanamnestisch ausgewiesen.

In dieses im Kern prägnante und auch an den Rändern scharfe Gesamtbild fügt sich die gutachterlich attestierte zumutbare Präsenzzeit von 4 bis 6 Stunden bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne hohe psychische Belastungen und ohne hohen Leistungsdruck passgenau ein. Entsprechendes gilt für den daraus gezogenen Schluss auf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer solcherart angepassten Tätigkeit. Dass mit dem Gutachter in der anspruchsvollen bisherigen Tätigkeit als Finanzexpertin mit leitender Stellung bei den festgestellten Einschränkungen keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist, versteht sich von selber und bedarf keiner weiteren Erörterung.

Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % besteht laut dem Gutachter seit der von Dr. G.\_\_\_\_ am 30. April 2018 dokumentierten deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustands. Von Oktober 2011 bis Ende April 2018 habe die Arbeitsfähigkeit auch hier 0 % betragen. Nachdem ein Rentenanspruch vorliegend frühestens ab 1. Februar 2018 gegeben ist (vgl. nachstehend E. 6.6), ist danach zu fragen, ob eine Arbeitsfähigkeit von 0 % in jeglicher Tätigkeit im Zeitraum vom 1. Februar 2018 bis 30. April 2018 einer

Prüfung unter Bezug der einschlägigen Standardindikatoren (vorstehend E. 1.5-6) standhält. Diese Frage ist zu verneinen, nachdem nicht ersichtlich ist, inwiefern das Aktivitätsniveau im Alltag sowie die persönlichen und sozialen Ressourcen in diesem Zeitraum anders gewesen wären als im Zeitraum ab 1. Mai 2018. Dieses Aktivitätsniveau lässt sich mit einer Arbeitsfähigkeit von 0% nicht in Einklang bringen. Es bestünde hier eine unüberbrückbare Inkonsistenz selbst dann, wenn die diagnoserelevanten Befunde damals noch ausgeprägter vorhanden gewesen sein sollten. Dass deren Verbesserung erst Ende April 2018 eintrat, lässt sich anhand des Berichts von Dr. G.\_\_\_\_ ohnehin nicht erklären, da sich diese zum Zeitpunkt der eingetretenen Verbesserung nicht näher äussert.

Dass der heutige Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit sodann weiter verbessert werden können, erscheint angesichts der zuletzt positiven Entwicklung, des gutachterlich angesprochenen Verbesserungspotential hinsichtlich der Ritalindosierung und der Tatsache, dass eine depressive Störung ganz grundsätzlich (weiter) therapierbar ist, als realistisch. Die Beschwerdeführerin wird im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin zu einer leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung anzuhalten sein und es wird nach Durchführung der Behandlung eine Nachbegutachtung vorzunehmen sein. 4.8

Es ist somit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin spätestens ab dem 1. Februar 2018 in der bisherigen Tätigkeit 0 % und in einer angepassten

Tätigkeit ohne hohe psychische Belastungen und ohne hohen Leistungsdruck 50 % beträgt. 4.9

Für den Haushalt attestierte der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 100 % seit jeher, da die Beschwerdeführerin immer in der Lage gewesen sei, sich um den Haushalt und um die Kinder zu kümmern (vorstehend E. 3.6). An anderer Stelle hielt er indes fest, schwerere Arbeiten im Haushalt könne sie nicht ausführen (vgl. vorstehend E. 4.5). Dies äusserte die Beschwerdeführerin auch in der Beschwerdeschrift, wo sie eventualiter eine Haushaltsabklärung beantragte und die Unmöglichkeit der Erledigung von schweren Haushaltstätigkeiten mit ihrem Schulterleiden rechts begründete (vorstehend E. 2.2). Zu den Einschränkungen in somatischer Sicht äusserte sich der fachfremde Gutachter richtigerweise nicht. Die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ hatten im Mai 2017 indes nachvollziehbar dargelegt (vorstehend E. 3.2), dass die Einschränkungen bezüglich Beweglichkeit und Kraft im Bereich der rechten Schulter langfristig beständen. Sie erwähnten auch die entsprechende Spitex-Unterstützung im häuslichen Umfeld, welche derzeit im wöchentlichen Umfang von zwei Stunden laut Gutachten (Urk. 7/73 S. 16 Ziff. 3.2.9) beziehungsweise drei Stunden laut unbelegter Darstellung der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.4) erfolge. Es ist somit erstellt, dass mit der rechten Schulter beziehungsweise dem rechten Arm Überkopparbeiten und das Hantieren in Körperferne nicht zumutbar und repetitive Umwendbewegungen, insbesondere unter einer Belastung von mehr als 2 kg, nur bedingt möglich sind,

sowie 2 kg die maximale Gewichtsbelastung bis Brusthöhe darstellt.

Die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ erwähnten, dass «manche Haushaltssachen» für den rechten Arm nicht durchführbar seien, der Gutachter und die Beschwerdeführerin grenzten dies noch weiter auf die «schweren» Haushaltsarbeiten ein. Indes genügen offenbar zwei bis drei Stunden wöchentliche Spitex-Unterstützung, um diese Arbeiten zu erledigen. Dafür, d

ass die Beschwerdeführerin weitere Unterstützung von anderen Personen erfahren würde, gibt es in den Akten keine Anhaltspunkte. Es ist somit von einer lediglich geringen Einschränkung im Haushaltbereich von einigen wenigen Prozenten auszugehen, welche jedenfalls die Marke von 25 % auf keinen Fall übersteigt. 4.10

Zu Gunsten der Beschwerdeführerin ist im Folgenden von einer Einschränkung im Haushaltbereich von 25 % auszugehen. 5.

## **E. 5**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 6. Oktober 2018 (Urk. 7/58) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 10. Mai 2017, gegenwärtig im vierzehntägigen Rhythmus (Ziff. 1.1-2). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) - ADHS (F90.0) - abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) - Schulterschmerz

Die Patientin sei im Milieu eines sehr autoritären Vaters und einer schwachen und abhängigen Mutter aufgewachsen. Kognitiv habe sie sich, zum Teil auch durch den Druck des Vaters, gut entwickelt. Emotional sei sie aber in einer Abhängigkeit verhaftet geblieben, die sich heute als Abhängigkeitsproblematik zeige. Auf grenzverletzendes Verhalten reagiere sie mit Angst und Stress, bis zur Erstarrung. Sie fühle sich zu autoritären Personen hingezogen, könne sich diesen aber nicht widersetzen. Beispiel dafür sei die schicksalhafte Heirat im Libanon, die sie trotz eines klaren inneren «Nein» eingegangen sei (Ziff. 2.1). Sie zeige Stimmungsschwankungen, Stimmungseinbrüche, ausgeprägte Ängste, ein hohes inneres Stressniveau, zum Teil Flashbacks, Freudlosigkeit, ein vernichtendes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit (unter Ritalin verbessert) und sozialen Rückzug, habe sie doch nur noch zu den Eltern Kontakt (Ziff. 2.2). Aufgrund der komplexen Störung und des weiterhin unruhigen sozialen Umfelds (Aufhebung der Einreiseperrre des Kindsvaters, dadurch Ängste einer Kindesentführung; Streitigkeiten mit dem Sozialamt) sei die Prognose ungünstig (Ziff. 2.7). Funktionseinschränkungen bei der bisherigen Tätigkeit beständen in Form von ausgeprägten Konzentrationsstörungen und fehlender Stimmungstabilität (Ziff. 3.4).

Zurzeit seien der Patientin weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar (Ziff. 4.1-2). Bei den Haushaltsaufgaben sei sie teilweise eingeschränkt (Ziff. 4.5).

### **E. 5.1**

Hinsichtlich der Statusfrage (vorstehend E. 1.3) vermochte sich die Beschwerdegegnerin nicht festzulegen. Dem Vorbescheid vom 21. Juni 2019 (Urk. 7/77) hatte sie gemäss dem entsprechenden Feststellungsblatt (Urk. 7/76) noch eine Qualifikation der Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige (70 % Erwerbstätigkeit / 30 % Haushalt) zugrunde gelegt (S. 4 unten). In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) erwähnte sie die Qualifikation weiterhin nicht explizit. Laut dem entsprechenden Feststellungsblatt ging sie aber hier nun von einer Qualifikation als voll Erwerbstätige aus (Urk. 7/83 S. 1). In der Beschwerdeantwort schliesslich stellte sie sich auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin sei nicht als voll erwerbstätig zu qualifizieren, sondern vielmehr als zu 100 % im Haushalt tätig (vorstehend E. 2.3). Dies begründete sie mit einer Äusserung der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung, wonach sich diese nicht vorstellen könne, in einem Pensum von 50 % zu arbeiten, da sie für ihre Kinder da sein müsse, wobei sie sehr beschäftigt sei mit der Suche nach einer neuen Schule für ihre Tochter. Sie habe gar keine Zeit, um

arbeiten zu können.

### **E. 5.2**

Dass die Beschwerdeführerin eine Familie zu ernähren hat ,

von ihrem Ex-Mann aber keine Unterhaltsbeiträge fliessen , spricht ebenso für eine hypothetische Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall wie ihre sehr gute Ausbildung und die durch den IK-Auszug (Urk. 7/33) belegte Tatsache, dass sie auch nach der Geburt der beiden Kinder 2006 und 2008 bis 2011 und somit bis zum Beginn ihrer psychischen Schwierigkeiten arbeitstätig war. Das genaue damalige Pensum ist allerdings nicht bekannt und die damalige Arbeitstätigkeit wurde offenbar auch durch die Übernahme von Betreuungsaufgaben durch die Eltern der Beschwerdeführerin

mitermöglicht (vgl. Urk. 7/37 S. 16 Ziff. 3.2.9) , welche heute – angesichts des Alters der Eltern (Jahrgänge 1930 und 1941; vgl. Urk. 7/73 S. 14 Ziff. 3.2.4 ) verständlicherweise - nicht mehr zu erfolgen scheint. Die Argumentation der Beschwerdeführerin vermag nicht richtig zu überzeugen, wonach ihre anlässlich der Begutachtung gemachte Angabe betreffend fehlende Zeit für eine Erwerbstätigkeit nur vorübergehend gewesen sei (vorstehend E. 2.4). Denn die Haushaltsführung einer alleinerziehenden Mutter für ihre dreiköpfige Familie bringt auch dann einen nicht unerheblichen Zeitaufwand mit sich, wenn die Kinder die Tagesschule oder ein Internat besuchen. Dies erst recht, wenn die sie wie vorliegend psychisch auffällig sind (vorstehend E. 4.5).

Zu berücksichtigen ist indes auch, dass sich die Beschwerdeführerin subjektiv ohnehin als nicht arbeitsfähig erachtet, weshalb es für die hypothetische Frage der Erwerbstätigkeit als Gesunde nicht zum Nennwert genommen werden darf, wenn sie sich eine Arbeitstätigkeit derzeit als gesundheitlich Angeschlagene nicht vorstellen kann.

### **E. 5.3**

und E. 6.10) ergibt dies anteilig einen Teilinvaliditätsgrad von 50.83 % ( $70 \% \times 0.7262$  ). Bei einem Anteil des Haushaltsbereichs von 30 % und einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 25 % (vgl. vorstehend E. 4.10 und E. 5.3 ) ergibt dies anteilig einen Teilinvaliditätsgrad von 7.5 % ( $30 \% \times 0.25$  ).

Demnach resultiert bei einem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 50.83 % und einem solchen von 7.5 % im Haushaltsbereich ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 58 % , was einen Anspruch auf eine halbe Rente begründet.

Dieser Anspruch bestünde selbst dann, wenn man von keinerlei Einschränkung im Haushaltsbereich ausgehen wollte.

### **E. 11**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 9. Oktober 2019 daher aufzuheben und festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2018 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 7.

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 fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. Oktober 2019 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2018 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Bolle r

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