

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00468 vom 22. Mai 2007**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00468](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00468)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00468 du 22 mai 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00468 del 22 maggio 2007

## **Erwägungen**

### **E. 1**

). Nach getätigten Abklärungen, namentlich nach Einholung eines medizinischen Gutachtens beim Zentrum Y.\_\_\_\_

(MEDAS; Gutachten vom 13. März 2007; Urk. 9/ 20), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Mai

2007 den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 9/ 24). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nachdem die Versicherte in der Folge wieder verschiedenen Erwerbstätigkeiten nachgegangen war und dabei zuletzt bei der Z.\_\_\_\_ AG als Betriebsmitarbeiterin gearbeitet hatte (Urk. 9/ 39 und Urk. 9/ 52), meldete sie sich im Februar 2011 durch eine behandelnde Ärztin erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 9/ 29-32). Ab dem 7. März 2011 war die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, weswegen die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis später per 31. August 2011 auflöste (vgl. Urk. 9/ 52 S. 7). Die IV-Stelle tätigte wiederum Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht und veranlasste abermals eine polydisziplinäre Begutachtung durch das Y.\_\_\_\_ (Gutachten vom 12. April 2012; Urk. 9/ 47). Gestützt auf die getätigten Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 6. September 2012 die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 9/ 62).

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 15. September 2012 (Urk. 9/ 64) beim hiesigen Gericht Beschwerde. Mit Urteil vom 27. März 2014 (Prozess Nr. IV.2012.01065; Urk. 9/ 79) hob das hiesige Gericht die Verfügung der IV-Stelle auf und führte aus, dass der Sachverhalt im massgeblichen Beurteilungszeitraum nicht hinlänglich erstellt sei. Es wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese, nach ergänzenden Abklärungen, über den Anspruch der Versicherten neu verfüge.

Die IV-Stelle tätigte weitere medizinische Abklärungen und liess die Versicherte durch das Zentrum A.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 31. August 2015; Urk. 9/ 116). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/ 120, Urk. 9/ 124) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 24. Mai 2016 (Urk. 9/ 133) ab. Das hiesige Gericht wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 18. Januar 2017 ab (Urk. 9/ 146).

### **E. 1.1**

Die rechtlichen Grundlagen und Grundsätze betreffend den Leistungsanspruch und die Invaliditätsbemessung (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sind im vorangegangenen Gerichtsurteil umfassend wiedergegeben worden (Urk. 2/ 9 E. 1.1 bis E. 1.5). Darauf kann, mit den nach folgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

## **E. 1.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislustige 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. 1.4**

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. 2**

4. Mai 2016 sei eine Veränderung im Schweregrad der depressiven Störung erfolgt. Diese gesundheitliche Verschlechterung betreffe einen Zeitraum von deutlich über einem Jahr, nämlich vom 6. Juni 2016 bis im September 2017 (E. 4.1), und sei folglich zu berücksichtigen. Der Verlauf und Ausgang von Therapien - wie auch die im Gutachten festgestellten Inkonsistenzen - würden wichtige Schweregradindikatoren darstellen, welche im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens gesamtthaft zu prüfen seien. Gestützt darauf sei zu klären, ob die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung normorientiert erfolgt sei oder umgekehrt ein triftiger Grund vorliege, dass davon abgewichen werden müsse (E. 4.2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2018 (Urk. 2/2) zusammengefasst, die vorgenommenen medizinischen Untersuchungen hätten in internistischer sowie rheumatologischer Sicht keine Diagnosen ergeben. Aus psychiatrischer Sicht sei eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom erstellt. Die angegebenen Beschwerden und der grosse Leidensdruck stünden im Widerspruch zur Behandlungshäufigkeit und -intensität. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine ausgeprägte Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung. Die im privaten Umfeld liegenden Faktoren könnten bei der Bestimmung eines Anspruchs keine Berücksichtigung finden. Es bestehe folglich keine langandauernde und erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin (Urk. 2/1) im Wesentlichen ein, die Beschwerdegegnerin und der Gutachter seien bei ihrer Beurteilung von einer falschen Therapiefrequenz ausgegangen. Es müsse von einer langandauernden und erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Mittels

des strukturierten Beweisverfahrens könne der Nachweis des funktionellen Schweregrads und der Konsistenz erbracht werden, weshalb auch die Teilarbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen sei. Aufgrund der gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehe der Anspruch auf mindestens eine halbe Invalidenrente.

### **E. 2.3**

Mit Rückweisungsentscheid vom 9. Juni 2020 (Urk. 1) hielt das Bundesgericht fest, nach der letzten abweisenden Rentenverfügung vom

### **E. 3.1**

Die leistungsabweisende Verfügung vom 21. August 2018 (Urk. 2/2) basiert auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

### **E. 3.2**

Im Bericht der integrierten Psychiatrie C.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2016 (Urk. 2/3/3) über die vom 11. bis 30. Juni 2016 dauernde Hospitalisation hielten Oberarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ und Psychologin MSc

E.\_\_\_\_ als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) fest (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei per Fürsorgereischer Unterbringung (FU) zur Krisenintervention aufgrund einer Selbstgefährdung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Erkrankung am 11. Juni 2016 eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt ein schwer depressives Zustandsbild gezeigt. Es habe eine stark ausgeprägte Antriebsminderung, Lustlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit bestanden (S. 1). Sie habe Suizidgedanken bejaht und sich nicht klar von Suizidplänen distanzieren können (S. 2). Zudem hätten seit mehreren Monaten Suizidgedanken und -handlungen bestanden, welche die Beschwerdeführerin ihrem familiären und therapeutischen Umfeld verschwiegen habe (S. 3). Im Rahmen der Grunderkrankung und starker sozialer familiärer Belastungen habe sich die Beschwerdeführerin während des gesamten Aufenthalts erhöht suizidal gezeigt. Hinsichtlich der Inanspruchnahme zusätzlicher Unterstützung in Bezug auf eine Beratung zur finanziellen Situation habe sich die Beschwerdeführerin ablehnend gezeigt. Auch der Ehemann habe keine zusätzliche Unterstützung in Anspruch nehmen wollen. Trotz starker Belastung habe sich die Beschwerdeführerin im Verlauf von akuter Suizidalität distanzieren können und sich absprachefähig gezeigt, weshalb die FU habe aufgehoben werden können (S. 2).

### **E. 3.3**

In ihrem vom 6. Juni 2017 (Urk. 2/3/4) datierten Arztbericht zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin stellten die behandelnden Ärzte, Dr. med .

F.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, und Dr. phil. G.\_\_\_\_ , Klinischer Psychologe und Supervisor, vom Zentrum H.\_\_\_\_ , folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) - Generalisierte Angststörung (F41.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) - Übergewicht (BMI=28) - Störung durch Tabak (F17.25) - St. n. 3 Suizidversuchen 2011 (X61)

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin im Juni 2016 einen deutlichen Suizidplan mit Medikamenten gehabt habe (S. 1). Seit Juli 2016 hätten insgesamt 15 Sitzungen im Abstand von jeweils zwei Wochen stattgefunden. Trotz einer Vielzahl von stationären, ambulanten und tagesklinischen Behandlungen sei die Depression seit 2002 progredient auf heute schwerem Niveau. Die Situation sei daher sicher therapieresistent (S. 2).

### **E. 3.4**

Die für das B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2017 (Urk. 9/176) verantwortlich zeichnenden medizinischen Fachpersonen Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ , Innere Medizin FMH, Dr. med. J.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Mediziner K.\_\_\_\_ , Allgemeine Innere Medizin FMH und Rheumatologie FMH, nannten als Diagnose mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9): - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei rezidivierender depressiver Störung (mit mittelschweren bis schweren Episoden) (ICD-10: F33.11)

Folgende Diagnosen massen die Gutachter keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 9): - St. n. chronischer Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren (F45.41) - Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F17.1) - Leichte Leukozytose (ist im Rahmen des fortgesetzten Nikotinkonsums)

Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin zeige aktuell ein depressives Beschwerdebild mit den Hauptsymptomen einer anhaltenden depressiven Stimmung, einer Interesse- und Freudeminderung und einer ausgeprägten Antriebsstörung. An weiteren depressiven Beschwerden seien Klagen über Konzentrationsminderung, psychomotorische Agitiertheit, Schlaf- und Appetitstörungen vorhanden gewesen, so dass insgesamt eine depressive Episode von mittlerem Ausprägungsgrad zu diagnostizieren sei. Die Kriterien für das Vorliegen eines sog. somatischen Syndroms seien ebenfalls erfüllt. Die Ergebnisse der eingesetzten Fragebögen würden die gestellte Diagnose unterstützen. Die Diagnosekriterien für die vor diagnostizierte Schmerzstörung seien nicht mehr erfüllt, da die Beschwerdeführerin Schmerzen von Relevanz nachdrücklich verneint habe (S. 9).

Die begutachtenden Fachärzte gaben weiter an, dass aus psychiatrischer Sicht gewisse Inkonsistenzen bestünden. Die Explorandin habe sehr ausgeprägte Beschwerden und einen grossen Leidensdruck angegeben. Dazu im Kontrast stehe die Behandlungsfrequenz und -intensität. Die Behandlung sei mit 14-tägigen Konsultationen, die zwischen 15 und 45 Minuten dauerten und manchmal ersatzlos ausfallen würden, eher wenig intensiv. Es hätten sich auch gewisse Diskrepanzen zwischen dem geschilderten Beschwerdeaussmass und dem aktuellen psychischen Befund gezeigt (S. 11).

Zur Veränderung der gesundheitlichen Situation legten die Gutachter dar, dass die Beschwerdeführerin vom 11. bis 30. Juni 2016 aufgrund einer schweren depressiven Episode stationär psychiatrisch hospitalisiert gewesen sei. Im Bericht des Zentrums H. \_\_\_\_ vom 6. Juni 2017 sei die Diagnose einer damals schweren depressiven Episode angegeben worden, ohne dass explizit zur Arbeitsfähigkeit Stellung bezogen worden sei. Es sei somit davon auszugehen, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand vom Zeitpunkt der letzten Verfüzung vom 24. Mai 2016 zunächst verschlechtert habe und wohl bis spätestens zum Gutachtenszeitpunkt eine volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vorgelegen sei. Zum Gutachtenszeitpunkt präsentiere sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gleich wie im Gutachten des Zentrums A. \_\_\_\_ vom 31. August 2015 (S. 11).

Betreffend die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der vorliegenden Berichte davon auszugehen, dass von Juni 2016 bis spätestens zum Gutachtenszeitpunkt aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Ab dem Gutachtenszeitpunkt bestehe in sämtlichen Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 12).

#### **E. 4**

.2

Damit ist vom 6. Juni 2016 bis September 2017 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Im höchstrichterlich als

beweiskräftig befundenen B.\_\_\_\_ -Gutachten legten die Ärzte dar, dass die Beschwerdeführerin vom 1. bis 30. Juni 2016 aufgrund einer schweren depressiven Episode hospitalisiert worden war und attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im September 2017 attestierten die Ärzte wiederum eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Hiervon ist auszugehen.

## **E. 5**

### **.3.1**

Was den Komplex «Gesundheitsschädigung» respektive den Indikator der «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» angeht, ist festzuhalten, dass nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Ausschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychische Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung jedoch zu kurz. Fehlt in der Diagnose die Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen (vorge nannter BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Die Beschwerdeführerin leidet nach Aussagen der Gutachter an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei einer rezidivierenden depressiven Störung mit 50%iger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit als mittelgradig ausgeprägt.

Das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren sind, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3). Dr. J.\_\_\_\_ nannte in ihrem psychiatrischen Teilgutachten ( Urk. 9/ 176/26-47) als psychosoziale Faktoren, welche die Symptomatik der Depression beeinflussten, die länger bestehenden Eheschwierigkeiten mit aktuellen Trennungsabsichten, die längere Arbeitslosigkeit des Ehemannes, die Abhängigkeit vom Sozialamt und Geldsorgen, die eigene längere Abwesenheit vom Arbeitsprozess, eine fehlende Ausbildung und die wenigen und eher negativen beruflichen Vorerfahrungen (S.

## **E. 9**

f f .) . Psychosoziale Faktoren, welche rechtlich keine Invalidität zu begründen vermögen, sind somit vorhanden, doch zieht sich das vorliegende psychische Krankheitsbild der Beschwerdeführerin nun schon seit Jahren hin. Bereits im Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 31. August 2015 ( Urk. 9/ 116 ) war die Diagnose einer mittel gradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden . Die Symptomatik erschöpft sich nicht in den psychosozialen Belastungsfaktoren, sondern ist als eigenständiges psychisches Leiden mit Krankheitswert zu fassen, wenn auch diese Auslöser der Krankheit gewesen sein sollten . 5 .3.2

Bezüglich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. – rezidenz » ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin bereits in stationäre Behandlung begab, nach welcher sich ihr Zustandsbild jeweils verbesserte. Sie ist in den vergangenen Jahren somit sowohl stationär als auch ambulant behandelt worden. Des Weiteren ist sie auch psychopharmakologisch, psychotherapeutisch und mit Elektrokrampftherapie behandelt worden, wobei sie anlässlich der Begutachtung alle therapeutischen Bemühungen als letztlich nicht erfolgreich bewertet e . Laut den Laborergebnissen nimmt sie ihre

verordneten Psychopharmaka in ausreichendem Masse ein. Eingliederungsmassnahmen haben bisher nicht stattgefunden (Urk. 9/176/45). 5.3.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcen hemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Vorliegend sind keine somatischen Gesundheitsschäden ausgewiesen, welche als Komorbiditäten zu berücksichtigen wären. Die Beschwerdeführerin hat diesbezüglich selbst angegeben, körperlich keine grossen Probleme zu haben (Urk. 9/176/39). 5.3.4

Bei den Komplexen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführerin scheint zufriedenstellend familiär integriert zu sein, auch wenn sie zum Zeitpunkt der Begutachtung mit Scheidungsabsichten beschäftigt war und von ihrem Ehemann auch schon geschlagen wurde. Sie lebte aber noch mit ihrem Ehemann zusammen. Sie hat einen engen Kontakt zu ihren beiden Töchtern, wobei die jüngere noch bei ihr in der ehelichen Wohnung gelebt hat. Die ältere Tochter wohnt mit ihrem Mann in der Nähe und es besteht ein gegenseitiger Besuchskontakt. Darüber hinaus sind auch die Eltern der Beschwerdeführerin in der Nähe wohnhaft und es besteht ein wöchentlicher Besuchskontakt. Zu ihren zwei in L. \_\_\_ lebenden Brüdern und anderen Verwandten hat die Beschwerdeführerin ein prinzipiell gutes Verhältnis, auch wenn sie sich eher selten gegenseitig besuchen. Sie ist im Allgemeinen sprachlich und kulturell gut integriert (Urk. 9/176/10). Die Beschwerdeführerin steht jeweils irgendwann am Vormittag auf, raucht eine Zigarette und trinkt einen Kaffee, nimmt ihre Medikamente und legt sich dann wieder hin. Wenn sie gegen Mittag aufsteht, fällt es ihr schwer zu duschen und sich anzuziehen. Sie versucht dann etwas im Haushalt zu erledigen, hat aber nicht die Kraft viel zu machen und lässt die Arbeit an gewissen Tagen auch liegen. Die nicht erledigten Hausarbeiten werden dann vom Ehemann oder der Tochter gemacht. Manchmal geht die Beschwerdeführerin aus der Wohnung raus, aber nur schnell um Brot oder etwas Kleines zu kaufen. Zum Zeitvertreib schaut sie TV. Zeitungen oder Bücher liest sie nicht, da sie dafür keine Geduld und kein Interesse hat. Sie isst zu unregelmässigen Zeiten, was von ihrem Appetit abhängig ist. Manchmal isst sie auch nur am Abend etwas, wenn ihr Mann eine Mahlzeit zubereitet hat. Ab ca. 21.30 Uhr nimmt sie ihre Tabletten ein und geht ca. eine halbe Stunde später schlafen (Urk. 9/176/38). Hinsichtlich ihrer Persönlichkeit bestehen bei der Beschwerdeführerin keine auffallenden Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen im klinischen Sinn. Gemäss B. \_\_\_ -Gutachten wirkt sie in ihrer Persönlichkeitsstruktur lediglich ein wenig unreif und kindlich, daher wenig reflektiert und differenziert (Urk. 9/176/10). Im Ergebnis verfügt die Beschwerdeführerin zwar über soziale Ressourcen, ist jedoch nur beschränkt fähig, einen Tagesablauf zu bewältigen. Es sind keine limitierenden Persönlichkeitsmerkmale, jedoch ein gewisser sozialer Rückzug erkennbar. Als Ressource ist die enge und im Alltag unterstützende Beziehung zu den Töchtern und ihren Eltern anzusehen. 5.3.5

In der Kategorie «Konsistenz» zielt der Indikator «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (beziehungsweise bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni

2016 E. 4.1.1). Gemäss oben geschil dertem Tagesablauf kann auf eine gewisse Beschränkung geschlossen werden, was auch von den Gutachtern festgestellt wurde. Die Beschwerdeführerin verfügt zwar über eine Fahrerlaubnis, ist jedoch aufgrund ihrer schlechten Konzentration schon lange nicht mehr Auto gefahren. Sie ist gläubige Muslimin, geht aber praktisch nie in die Moschee. Vor zwei oder drei Jahren ist sie das letzte Mal in Mazedonien gewesen, als damals die Hochzeit ihrer älteren Tochter stattgefunden hat. Ansonsten ist sie schon länger nicht mehr in den Ferien gewesen ( Urk. 9/ 176/37). 5 .3.6

Der in die gleiche Kategorie ( „ Konsistenz“) fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergän zend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz ) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.5). Die B.\_\_\_\_ -Gutachter hielten diesbezüg lich fest, die Beschwerdeführerin habe sehr ausgeprägte Beschwerden und einen grossen Leidensdruck angegeben. Dazu im Kontrast steht jedoch die Behand lungsfrequenz und -intensität. Die Behandlungen waren mit 14-tägigen Konsultationen, welche zwischen 15 und 45 Minuten dauern und manchmal ersatzlos aufgrund Absagen durch die Beschwerdeführerin ausgefallen sind, wenig inten siv. Im Zeitraum von Juli 2016 bis Juni 2017 haben 15 Konsultationen stattge funden, somit etwas mehr als einmal monatlich. Im Rahmen der Begutachtung haben sich zudem gewisse Diskrepanzen zwischen dem geschilderten Beschwer de ausmass und dem aktuellen psychischen Befund gezeigt ( Urk. 9/ 176/44). Die Beschwerdeführerin hat damit für sie sehr wichtige Therapiemassnahmen nicht voll ständig genutzt. In Anbetracht der bereits durchgeführten stationären sowie ambulanten psychiatrischen Behandlungen, ist insgesamt behandlungs- und ein gliederungsanamnestisch von einem mittleren Leidensdruck auszugehen. 5 .3. 7

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist – überein stimmend mit den Gutachtern - eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchs grund lage, welche zur Anerkennung einer aus psychischen Gründen eingeschrän kten Arbeitsfähigkeit von 50 % in angestammter sowie angepasster Tätigkeit führt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die Mehrzahl der Indi katoren sprechen für eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit, auch wenn diese nicht in besonderem Ausmass vorhanden sind. Die geschilderten Inkonsistenzen bestehen lediglich im Rahmen der nicht sehr intensiven Behand lung, welche die Beschwerdeführerin indes als wenig hilfreich erlebt. Eine abwei chende Einschätzung käme einer unzulässigen Parallelüberprüfung gleich (BGE 144 V 50 E.

4.3) . 5 .4

Gestützt auf das beweiskräftige und nachvollziehbare B.\_\_\_\_ -Gutachten und die übrigen Arztberichte ist nach dem Gesagten eine medizinisch-gesundheitliche An spruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer vom 1. Juni 2016 bis September 2017 bestehenden 100%igen und seither 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus psychischer Sicht führt, mit überwiegender Wahr scheinlichkeit nachgewiesen.

6 .

Bei dieser Ausgangslage stehen Rentenleistungen ab 1. Juni 2017 im Raum. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG begann im Juni 2016, als eine voll umfängliche

Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und diese auch in rechtlicher Hinsicht relevant war. Vorgängig war

der attestierte n Arbeitsunfähigkeit von 50 %

- aufgrund der damals anwendbaren Rechtsprechung - eine invalidisierende Wirkung abgesprochen worden, da, obwohl eine depressive Symptomatik vorlag, lediglich eine mittelschwere Störung und keine konsequente Depressionstherapie vorlag (Urk. 9/146 E. 5.4). Damit war die Arbeitsunfähigkeit rechtlich nicht von Relevanz. Dies wurde sie erst bei Eintritt der vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit im Juni 2016, als der Schweregrad sich derart entwickelt hatte, dass ihr die Ausübung einer Arbeitstätigkeit objektiv nicht mehr zumutbar war. Bei Ablauf des Wartejahres im Juni 2017 lag auch die Anmeldung zum Leistungsbezug (September 2016) mehr als sechs Monate zurück (Art. 29 Abs. 1 IVG). 7.

7.1

Bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit resultiert ein Invaliditätsgrad von 100%. Für die Zeit ab September 2017 und der 50%igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich folgender Einkommensvergleich. 7.2

Die Beschwerdeführerin arbeitete vor ihrer Erkrankung

zuletzt bis 31. August 2011 als Betriebsmitarbeiterin bei der Z.\_\_\_\_ AG. Die Arbeitgeberin bestätigte am

13. Juni

2012 ein Einkommen als Gesunde von Fr.

45'175.--. Ausgehend davon, dass die Beschwerdeführerin bei intakter Gesundheit nach wie vor in diesem Betrieb tätig wäre, ergibt sich unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins massgebende Jahr 2017 (Index 102.0 auf Index 106.2, Nominallohnindex Frauen 2011-2018, Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.2.10, Ziff. 10-33 verarbeitendes Gewerbe) ein Valideneinkommen von Fr. 47'598.--. Es ist nicht erkennbar, aus welchen Gründen die Beschwerdeführerin bei intakter Gesundheit nicht mehr an diesem Ort arbeiten sollte. Der lange Zeitablauf allein ist jedenfalls kein Argument (Urk. 7 S. 3). 7.3

Für die Beschwerdeführerin kommen einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in Frage. Dabei resultiert nach den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik im Jahr 2014 (aktuellste Werte im Zeitpunkt der Verfügung) für Frauen ein Einkommen von Fr. 4'300.-- (LSE 2014 Tabelle TA1). Angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen, Bundesamt für Statistik, Tabelle T03.02.03.01.04.01) sowie an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2017 (Index 103.3 auf Index 105.4, Total) ergibt sich beim noch möglichen Pensum von 50% ein Invalideneinkommen von Fr. 27'444.--. Für einen Abzug vom Tabellenlohn bestehen keine Gründe, ist die Beschwerdeführerin doch in sämtlichen Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt einsetzbar (Urk. 9/176/12) und wirkt sich die noch mögliche Teilzeitarbeit der Beschwerdeführerin eher lohn erhöhend aus (LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht). 7.4

Angesichts des massiv unterdurchschnittlichen Valideneinkommens ist dieses zu parallelisieren und auf 95% des Tabellenlohnes für Hilfsarbeiterinnentätigkeiten

anzuheben ( BGE 135 V 297 E. 6.1.2 ). Dem Valideneinkommen von Fr. 52'143.--(95 % von Fr. 54'887.--) steht ein Invaliden einkommen von Fr. 27'444.-- gegenüber, was einem Invaliditätsgrad von 47 % entspricht. 7.5

Die Beschwerdeführerin hat nach dem Gesagten vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 (Zeitpunkt Verbesserung plus drei Monate, Art. 88a Abs. 1 IVV ) Anspruch auf eine ganze und ab 1. Januar 2018 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde ist demnach teilweise gutzuheissen.

8.8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerde gegnerin aufzuerlegen. 8.2

Aufgrund ihres teilweisen Obsiegens steht der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG und § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) eine Parteientschädigung zu. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ) und ist ermessensweise auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. August 2018 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin von 1. Juni bis 31. Dezember 2017 Anspruch auf eine ganze und ab 1. Januar 2018 Anspruch auf eine Viertelsrente

der Invalidenversicherung hat. 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. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

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