

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00338 vom 22. Dezember 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00338](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00338)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00338 du 22 décembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00338 del 22 dicembre 2023

## Erwägungen

### E. 1

Die 19

#### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsun fähig keit 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 Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten 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 unbesehen 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).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 z u unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundes gericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Fes t stellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 ).

1. 3

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.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

## E. 1.5

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis ).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxis gemässen 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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Einem von einer Krankentaggeldversicherung nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_54/2022 vom 23. Mai 2022 E. 3.2).

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihres ablehnenden Leistungsentscheids vom 26. Mai 2023 (Urk. 2) aus, dass zur Prüfung des Anspruchs medizinische Berichte eingeholt worden seien.

Zudem würden die Ergebnisse der medizinischen Untersuchung durch die Krankentaggeldversicherung vorliegen. Gemäss den genannten Abklärungen seien keine Einschränkungen vorhanden, die eine langandauernde Arbeitsfähigkeit begründen könnten.

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) und in ihrer Duplik (Urk. 14) legte die Beschwerdeführerin dar, dass sie sich in ihrer Beurteilung auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes

Dr.

A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Mai 2023 (Urk. 7/68/3-5) und vom 1

## **E. 6**

5 im Kosovo geborene X.\_\_\_\_, ohne erlernten Beruf, war zuletzt seit 2007 bei der Y.\_\_\_\_

AG in einem Arbeitspensum von 100 % als Montagemitarbeiterin angestellt (Urk. 7/11 und Urk. 7/27). Unter Angabe von seit November 2020 bestehende n Beeinträchtigungen und einer Arbeitsunfähigkeit seit April 2021 meldete sie sich am 16. November 2021 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/11 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte die Akten der Krankentaggeldversicherung ein (Urk. 7/18, Urk. 7/38, Urk. 7/43-44; Urk. 7/65).

Mit Vorbescheid vom 30. September 2022 (Urk. 7/46) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Auf Einwand

der Versicherten hin (Urk. 7/53 und Urk. 7/60/1-2) unter Beilage einer Stellungnahme ihrer behandelnden Psychiaterin (Urk. 7/60/3-5) unterbreitete die IV-Stelle die Akten ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD, Stellungnahme vom 3. Mai 2023, Urk. 7/68/3-5). Mit Verfügung vom 26. Mai 2023 entschied die IV-Stelle in angekündigtem Sinne und verneinte einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 26. Juni 2023 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte deren Aufhebung und die Rückweisung der Sache zur Durchführung eines neutralen Gutachtens. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 16. August 2023 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 20. Oktober 2023 (Urk. 11) hielt die Beschwerdeführerin unter Beilage eines Arztberichts von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (Urk. 12)

an den bisherigen Anträgen fest. Die Beschwerdeführerin schloss mit Duplik vom 29. November 2023 (Urk. 14) unter Beilage einer Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. November 2023 (Urk. 15) weiterhin auf Abweisung der Beschwerde. Dies wurde den Parteien

gegenseitig zur Kenntnis gebracht (Urk.

13 und Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 7**

. November 2023 (Urk. 15) stütze. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht auf die ärztliche Beurteilung der Krankentaggeldversicherung abgestellt. Der RAD habe den Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nicht gewürdigt.

Die Ärztin habe sie als vollumfänglich arbeitsunfähig beurteilt. Im von der Krankentaggeldversicherung

bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie

FMH, Arzt für Neurologie, Forensische Psychiatrie, veranlassten

Gutachten habe dieser in seiner Beurteilung vom 30. Juni 2022

zwar festgehalten, dass sie an keiner für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnose leide.

Dabei habe er zwar auch die Folterungen bzw. die Verhaftungen ihres Ehemannes bzw. die Ermordung

des Bruders erwähnt, aber die Todesfälle der eigenen Kinder ausser Acht

gelassen bzw. nicht einmal nachgefragt. Die divergierenden Beurteilungen seien auch vom RAD nicht studiert worden. Dr. B.\_\_\_\_

habe auch erklärt, dass die

Beurteilung von

Dr. C.\_\_\_\_

sehr oberflächlich

und

unter anderem auch die Anamnese unvollständig erhoben worden sei. Es sei auch nicht nachvollziehbar begründet worden, weshalb weder eine Depression noch eine andere psychische Störung vorliegen sollte. Aus diesem Grund habe

die behandelnde Psychiaterin auch zu einem

neuen Gutachten bei einem trauma-kundigen Psychiater geraten, damit die Retraumatisierungen am

letzten Arbeitsplatz korrekt eingeschätzt werden könnten.

In ihrer Replik führte

die Beschwerdeführerin

aus (Urk. 11), auch Dr. Z.\_\_\_\_

gehe davon aus, dass sie unter einer akuten Belastungsreaktion mit folgender posttraumatischer Belastungsstörung, einer mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Episode und einer dissoziativen Störung leide und halte sie für vollumfänglich arbeitsunfähig. 3. 3.1

Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, bei der die Beschwerdeführerin seit 2013 in hausärztlicher Behandlung steht,

führte im Bericht vom 3.

Februar 2022 (Urk. 7/28) aus, dass langjährig eine depressive Neigung

bestehe, weshalb die Beschwerdeführerin seit 2017 unter der antidepressiven Medikation mit Venlafaxin stehe. Sie habe jedoch weiterhin regelmässig ihrer Arbeit nachgehen können. Bei einem Personalwechsel sei es zu einer Auseinandersetzung mit ihrer Vorgesetzten gekommen und hierauf sei sie von ihr geplatzt respektiv gemobbt worden. Im Rahmen dieser Stresssituation habe die Beschwerdeführerin vollkommen dekompenziert, psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen und brauche weiterhin regelmässige psychiatrische Betreuung (Ziff. 2.1).

Die Beschwerdeführerin beschreibe eine vollkommene Leere und gebe an, der Kopf ziehe die ganze Energie aus ihrem Körper. Sie sei müde, reduziert und kraftlos und habe nicht einmal mehr Kraft zum Weinen. Es bestünden Gedankenkreise und zum Teil auch sehr starke Schlafstörungen, kein Lebenswille und zum Teil auch Todesgedanken. Die Depression führe zur generalisierten Müdigkeit und Schmerzen im ganzen Körper. Sie gebe an, sie habe eigentlich nun Zeit zu haben, doch nicht einmal mehr ein Spaziergang oder den Haushalt bringen sie fertig. Die Tochter helfe beim Haushalt mit. Der Appetit sei reduziert. Das Gefühl, dass ihr durch die Vorgesetzte Unrecht getan worden sei, mache sie sehr traurig. Sie komme emotional im Moment nicht aus dieser Situation heraus. Sie empfinde eine innere Blockade, habe eine Soziophobie entwickelt und könne nicht mehr unter Leute gehen. Sie berichte, sie habe viel gearbeitet und sich auch für die Firma eingesetzt, viele Überstunden und später Nachtschichten geleistet. Bis zu dem Zeitpunkt habe sie zwar ab und zu auch früher Stimmungsschwankungen gehabt und sei leicht depressiv gewesen. Sie habe jedoch mit der medikamentösen Therapie mit dem Venlafaxin stets ihre Arbeit durchführen können (Ziff. 2.2).

Als objektive Befunde bestünden eine depressive Symptomatik mit fehlender Schwingungsfähigkeit, ohne Mimik, matte, tonlose Stimme und Beschreibung des Gefühls von Leere und innerer Blockade (Ziff. 2.4). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Depression mittelschweren bis schweren Grades (Ziff. 2.5).

Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht, da auch der Wille und die Motivation fehlten (Ziff. 4.3). Die Ärztin attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 15. April 2021 bis auf Weiteres (Ziff. 1.3). 3.2

Am 5. März 2022 schilderte Dr. B.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin seit April 2021 psychiatrisch behandelt (vgl. Urk. 7/36), in ihrem Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/38 /11-12) zum aktuellen Leiden, dass die Beschwerdeführerin nach einem Chefwechsel plötzlich schlecht qualifiziert und andauernd unter Druck gesetzt worden sei bis hin zum Verbot, vor der Pause die Toilette aufzusuchen. Dies obwohl ein ärztliches Attest dazu vorgelegen habe, dass dies mit nur einer Niere notwendig sei. Es sei von einer Mobbing situation auszugehen.

In der ersten Konsultation im April 2021 sei die Beschwerdeführerin in einem Schockzustand gekommen, habe begleitet werden müssen und eine Übersetzung gebraucht. Sie habe kaum sprechen können, sei durchgeschüttelt worden von Weinen und habe Verzweiflung und Ohnmacht geäussert. Aktuell sei die Beschwerdeführerin weiterhin depressiv und wortkarg, müde und übernächtigt. Sie schlafe sehr schlecht auch wegen Alpträumen. Sie verliere oft den Faden, vor allem wenn über die Arbeitgeberin gesprochen werde. Dann erstarre sie oder weine und zeige zunehmend Ängste und Misstrauen gegenüber von

fremden Menschen. Sie verhalte sich passiv und reagiere auf Ansprechen. Sie sei körperlich und psychisch blockiert, vor allem wenn es um den Verlust der von ihr geliebten Arbeit gehe. Die Stimmung bleibe konstant depressiv, die Stimme sei belegt, der Blick abgewendet und sie wirke hoffnungslos und ohne Ziel. Psychomotorisch sei sie eher schlaff. Schmerzen würden sie überall belasten. Sie halte sich vorwiegend zuhause auf und erledige den Haushalt mit Hilfe ihrer Töchter.

Die Ärztin diagnostizierte folgende psychische Störungen: - Akute Belastungsreaktion übergehend in Anpassungsstörung mit Störungen im affektiven und sozialen Bereich (ICD-10 F43.23) und posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Depressive Störung mittelgradige bis schwer, erste Episode ohne Remission (ICD-10 F32.1-2), zu Beginn der Therapie mit Suizidalität - Dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) - Schlafstörung mit Alpträumen (ICD-10 F51.5/9) - Diverse somatische Störungen wie Stent inguinal eingelegt wegen gestörter Blutzirkulation; rechte Niere 2015 entfernt - Schmerzsyndrom in Rücken, Nacken, Beine, Gelenke u.a.

Trotz angemessener Behandlung habe keine Remission erzielt werden können. Die Symptome seien anhaltend, die Beschwerdeführerin sei aber sicherer, wenn sie zu Hause sei. Sie mache mit Hilfe den Haushalt, öffne sich zunehmend in der Therapie und sei im Ansatz fähig zu einer Traumabearbeitung. Die Beschwerdeführerin sei vollständig arbeitsunfähig. Was die Wiedererlangung einer Teilarbeitsfähigkeit anbelange, sei die Prognose ungünstig, dies wegen affektiven und kognitiven Störungen, des Schmerzsyndroms und der Traumafolgen. Günstig sei die Prognose im Hinblick auf eine Stabilisierung. 3.3

In ihrem Bericht vom 6. Mai 2022 (Urk. 7/36) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus (Ziff.

2.1), die Beschwerdeführerin sei im Kosovo als Tochter eines Bäckers und einer Mutter, die Hausfrau gewesen sei, aufgewachsen und habe zwölf/dreizehn-jährig beim Backen, Kochen, Kuhmelken etc. geholfen. Vierzehnjährig habe sie einen politisch aktiven Mann geheiratet, welcher politisch verfolgt, gefoltert, gefangen genommen und inhaftiert worden sei. Ein Bruder sei an den Folgen von Folterungen gestorben und der Schwager habe sich danach das Leben genommen. Sie sei bei den Schwiegereltern, mit denen sie sich sehr gut verstanden habe, geblieben. 17-jährig habe sie ihr erstes Kind, einen

heute 39-jährigen Sohn, geboren. Mit 18 habe sie ihr zweites Kind geboren, das im zweiten Monat nach Fieber an

einem Infekt gestorben sei. Dann habe sie noch Zwillinge geboren, die beide zu früh zur Welt gekommen und nach vier Monaten ebenfalls an Infekten gestorben seien. Danach seien die weiteren Kinder, ein Sohn, heute 29-jährig, und eine Tochter, heute 23-jährig, gefolgt. Ihr Mann sei am 6. Oktober 1987

nach der

Freilassung in die Schweiz und sie später, am 23. Dezember 1987, mit den kleinen Kindern nach gekommen.

Hier habe sie seit 14 Jahren als Mitarbeiterin Automatik zu 100

% gearbeitet. Erst sei sie sehr gut

qualifiziert worden.

Nach einem Chefwechsel

sei sie von der neuen Chefin abqualifiziert worden, was sie sehr belastet und schlussendlich den

Zusammenbruch nach zwei Jahren vermutlichen Mobbing verursacht habe. Vom

Zusammenbruch habe sie sich bis heute nicht erholt. Sie gehe kaum aus dem Haus, reagiere bei Kontakten mit dem Arbeitgeber oder mit Versicherungen mit Angst und Panik und müsse nach

draussen begleitet werden. Sie

sei unruhig, rastlos, voller quälender Gedanken, schlaflos mit

Alpträumen, in der Stimmung depressiv, oft verzweifelt, körperlich und psychisch

andauernd müde und erschöpft, ohne Freude und Antrieb. Sie fühle sich erniedrigt, zu Unrecht

abqualifiziert, sei ohne Perspektive und Zukunft. Sie habe einen Anwalt

eingeschaltet, der sie vertreten. Der Verlust der Stelle habe auch frühere Erfahrungen aktiviert, wie

den Tod ihrer Kinder, die Flucht in die Schweiz mit Verlust der Heimat, den Verlust ihrer Gesundheit nach der Inhaftierung und den Folterungen ihres Mannes.

Darauf reagiere

sie voller Ohnmacht, Angst und Verstörung. Die medikamentöse Behandlung

und die Psychotherapie mit Überzeugung hätten ihr etwas geholfen zur Stabilität, doch seien die Folgen der letzten Ereignisse noch immer sehr präsent und die Ängste und der Rückzug

gross. Ereignisse, wie eine ausbleibende Ferienzahlung des Arbeitgebers, die

Corona-Erkrankung des Sohnes und aktuell die ausbleibenden Zahlungen der

Taggeldversicherung belasteten sie sehr und verstärkten die Symptome des Misstrauens, der Ohnmacht, der Angst, der Depression und des Rückzugs.

Die Beschwerdeführerin zeige einen massiven Einbruch in der oben beschriebenen Konfliktsituation am Arbeitsplatz mit Verlust der Wertschätzung, Autonomie, der Stelle und damit der wirtschaftlichen Basis, der Lebensqualität und des Lebenssinns. Nicht mehr beruflich tätig sein zu können und damit das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit potenzieren sich mit früheren Traumata mit Verlusten, Flucht, Migrationsschicksal, Ausgeliefertsein und Ungerechtigkeit. Die Rückkehr in eine Erwerbstätigkeit sei nicht für zumutbar zu erachten und nicht wahrscheinlich (Ziff. 2.7).

Die Therapie diene vor allem der Sekundär- und Tertiärprävention.

Damit sei die Prognose bezüglich Wiedereingliederung ungünstig (Ziff. 2.7). Die Sitzungsfrequenz sei vierzehntägig (Ziff. 2.8). 3.4

Dr. C.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin im Auftrag der Krankentaggeldversicherung zur « Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit »

am 12. Mai 2022 (Urk.

7/44) untersucht hatte , führte aus

(S. 4 f.) , die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe Ende Dezember 2021 die Kündigung per Ende Februar 2022 erhalten. An ihrer Arbeitsstelle habe es einen Konflikt gegeben. Sie habe dort seit 14 Jahren gearbeitet und sei von der Stellvertreterin gemobbt worden. Diese habe Lügen erzählt und Sachen , die nicht stimmten, bis sie dies nicht mehr habe aushalten können. So habe die Stellvertreterin reklamiert, dass sie so oft aufs WC gegangen sei, alle 30 bis 40 Minuten . Dies sei aber auch wegen des Stress es gewesen, dem sie ausgesetzt gewesen sei , dies sei wie ein « Tic » geworden. Sie habe täglich ungefähr zweieinhalb Liter Wasser

getrunken.

Mit der Arbeit selbst sei sie zufrieden gewesen, aber nicht mit der Arbeitssituation . Sie habe in drei Schichten

gearbeitet, und manchmal je nach Arbeitsanfall auch an Samstagen.

Sie habe kleine Teile eines Türmechanismus zusammengesetzt, diese dann etikettiert und an einem Kontrollgerät

überprüft. Am Arbeitsplatz seien Kaffee und kleine Früchte bereitgestanden . Die Früchte habe man mit nach Hause nehmen

können, wenn genügend da gewesen seien .

Die anderen Mitarbeiterinnen hätten das ständig gemacht, seien jedoch im Gegensatz zu ihr

nicht kontrolliert worden . Die Beschwerdeführerin schildere die Situation engagiert und mit lebendiger Gestik und Mimik.

Der Konflikt habe begonnen , als die Schichtleiterin / Stellvertretung begonnen habe sie zu fragen, ob sie denn den religiösen Ritualen entsprechend lebe. Sie habe gesagt, dass sie weniger streng lebe. Sie habe dann einen Zettel bekommen, auf dem gestanden sei, was sie zu tun habe und was sie nicht tun solle. Sie habe das Gefühl gehabt, als ob die Stellvertreterin in einer Sekte sei. Ihr Mann habe ihr dann gesagt, dass sie das alles nicht machen solle.

Zur Anamnese führte der Gutachter aus (S. 5) , der Ehemann der Beschwerdeführerin sei im Kosovo politisch aktiv gewesen, habe sich für die Unabhängigkeit des Kosovos von Jugoslawien eingesetzt. Am «...» 1986 sei der Bruder des Ehemannes von der Polizei getötet worden und am gleichen Tag sei ihr Bruder zu Hause verhaftet worden. Am «...» 1986 hätten ihr Schwiegervater und andere Verwandte ihn zusammen aus dem Gefängnis geholt. Drei Monate später seien ihr Mann und 30 andere Männer verhaftet worden und hätten drei Monate in einem Gefängnis verbracht. Hier in der Schweiz habe ihr Ehemann als Reinigungskraft auf dem Flughafen gearbeitet. Vor 5 Jahren sei er wegen eines Herzinfarktes berentet worden. Der Ehemann schreibe Bücher .

Auf Nachfrage , ob die Beschwerdeführerin die Bücher gelesen habe, habe sie nachdenklich geantwortet , es handele sich um Themen, die mit dem Kosovo und seinem persönlichen Leben zu tun hätten . Die Bücher seien auch im Kosovo gedruckt worden, insgesamt seien

es sieben Bücher. 1987 seien sie in die Schweiz gekommen, sie habe drei Kinder und sechs Enkelkinder. Auf die Nachfrage, ob sie von den Kindern finanziell unterstützt würden, habe die Beschwerdeführerin ironisch lächelnd geantwortet, dass sie noch einen vierten Sohn habe, der sie finanziell unterstütze (S. 5).

Zum Befund hielt der Gutachter fest (S. 7 f.), die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten

vollständig orientiert gewesen. Auf die Frage, wie es ihr gehe und welche Beschwerden sie habe, habe sie eine trotzig abweisende Haltung eingenommen und mit verschränkten Armen nachgefragt, womit sie anfangen solle. Sie habe durchgehend guten Kontakt zur Dolmetscherin und zum Referenten gehalten und über die Vorfälle am Arbeitsplatz mit lebendiger Gestik und Mimik berichtet.

Als das Thema dann auf die ihr gemachten Vorwürfe gekommen sei, habe sie geweint. Durch einen Themenwechsel habe sie aber sofort wieder in eine ausgeglichene Affektlage zurückgebracht werden können. Die familiäre Situation sei stabil und sie werde unterstützt. Während der insgesamt zweistündigen Exploration habe sie nicht darum gebeten auf die Toilette gehen zu können. Sie sei zunehmend aufgelockert gewesen, nachdem sie anfänglich eine trotzig anmutende Verweigerungshaltung gezeigt habe.

Als sie darüber berichtete, dass sie täglich 20 Zigaretten Winston rauche, habe sie auch gelächelt.

Die Stimmung sei nicht relevant zum depressiven Pol ausgelenkt gewesen und die von der behandelnden Ärztin beschriebene

Wortkargheit ordne er eher einer fehlenden Kooperation resp. aktive einer Defizitpräsentation zu. Die Konzentration sei über zwei Stunden durchgehend unbeeinträchtigt gewesen und

es sei keine Ermüdung zu beobachten gewesen. Eher habe eine zunehmende Interessiertheit und Wachheit mit Zunahme der affektiven Schwingungsfähigkeit bestanden.

Der Antrieb sei unbeeinträchtigt, die Gestik und Mimik intakt gewesen.

Psychomotorisch habe sich keine Steif- oder

Blockiertheit gezeigt. Insgesamt sei das Zustandsbild eher durch eine Verbitterung darüber geprägt gewesen, wie man sie nach so

langer Betriebszugehörigkeit behandelt habe. Für die von der behandelnden Ärztin diagnostizierte

posttraumatische Belastungsstörung hätten sich keine Hinweise ergeben.

Eine Schmerzbeeinträchtigung sei

nicht zu beurteilen gewesen und dissoziative Zustände

hätten im Rahmen der Exploration nie beobachtet werden können.

Formal habe sich der Gedankengang geordnet gezeigt.

Anhaltspunkte für Ich- oder Wahrnehmungsstörungen hätten keine gefunden werden können und die Untersuchungssituation sei auch nicht durch Ängste, Phobien, Zwänge oder paranoide Ideen beeinträchtigt gewesen. Die Auffassung für die besprochenen Themen habe sich als intakt gezeigt und die Explorationssituation habe sich zu einem zunehmend lebendigeren Gespräch entwickelt.

Es seien keine oder unklare Diagnosen vorhanden, welche die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Es bestehe ein Verbitterungssyndrom ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Psychiatrischerseits könne die Beschwerdeführer ab sofort wieder mit einem Pensum von 100 % im angestammten Beruf oder einer Tätigkeit mit vergleichbarem Anforderungsprofil oder auf dem allgemeinen freien Arbeitsmarkt arbeiten (S. 8). 3.5

RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ legte in seiner Aktenbeurteilung vom 3. Mai 2023 (Urk. 7/68/3-5) dar, es sei der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ zu folgen. Insbesondere sei zu erwähnen, dass das Traumakriterium gemäss ICD-10 eindeutig nicht erfüllt sei, zumal es sich bei der geltend gemachten Mobbingssituation nicht um ein Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass handle. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin selber angebe, dass die Arbeit per se in Ordnung gewesen sei, die Arbeitsbedingungen jedoch nicht

gestimmt hätten, spreche für eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren sei objektiv anhand

des von Dr. C.\_\_\_\_

AMDP-konform erhobenen psychopathologischen Befundes keine psychiatrische

Symptomatik zu finden gewesen. Die von Dr. B.\_\_\_\_

aufgrund von Kriegserfahrungen diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sei aufgrund der fehlenden psychopathologischen Auffälligkeiten und des nicht erfüllten zeitlichen Kriteriums auszu-schliessen. Sodann seien auch nicht versicherte Faktoren wie Mobbing auszuklammern. Die Exploration bei Dr. C.\_\_\_\_ sei auch mit Unterstützung einer Dolmetscherin durchgeführt worden, sodass keine Sprachbarriere zu eruieren sei. Dr. B.\_\_\_\_ habe demgegenüber die Befunde nicht AMDP-konform erhoben.

Die von ihr gestellten Diagnosen seien nicht plausibel. Die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

sei demgegenüber gut nachvollziehbar. Es sei zwar denkbar, dass im Rahmen der arbeitsplatzbezogenen Belastung mit geltend gemachten Mobbing erfahrungen höchstens eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) diagnostiziert werden könnte, jedoch keine andere Diagnose. Die Anpassungsstörung habe aber per Definition keinen langdauernden Charakter und da der psychopathologische Befund gemäss der Exploration durch Dr. C.\_\_\_\_ unauffällig gewesen sei, seien auch diese Kriterien nicht erfüllt. Da vorliegend keine Kriterien für eine psychiatrische Diagnose erfüllt seien, liege auch kein die Arbeitsfähigkeit andauernd einschränkender Gesundheitszustand vor. 3.6

Dr. Z.\_\_\_\_, an welchen Dr. B.\_\_\_\_

die Beschwerdeführerin für eine Zweitmeinung überwiesen hatte, berichtete am 20. Januar 2023 (Urk. 12, S. 1 f.), die Beschwerdeführerin habe geschildert, dass sie ursprünglich aus dem Kosovo als Asylantin im Jahr 1987 in die Schweiz gekommen sei. Sie stamme aus einer progressiven patriotischen Familie, welche nie mit dem feindlichen Besatzungsregime einverstanden gewesen sei und

deswegen politisch verfolgt, gefangen, gefoltert und bis zum Tod geprügelt worden sei. Einige ihrer Familienmitglieder, zwei Onkel und der Bruder des Ehemannes seien vom serbischen Okkupationsregime im jungen Alter getötet worden. Aufgrund der unerträglichen politischen Lage im Kosovo, wie politische Verfolgungen, schlimmste Misshandlungen und Torturen, psychischen wie

auch physischen, Gefangenahme, Folterungen, Tötungen, sei sie mit ihrem politisch engagierten Ehemann und den zwei Kindern gezwungen worden,

in die Schweiz zu flüchten. In der Schweiz habe sie zuerst für einige Jahre stundenweise als Reinigungsfrau und später als Mutter von vier Kindern mehr als zwei Jahre in einer Produktionsfabrik in E.\_\_\_\_

und zuletzt über 14 Jahre bei der Firma Y.\_\_\_\_ AG Fabrik in F.\_\_\_\_

gearbeitet. Dort habe sie sich bis zuletzt sehr wohl mit der Arbeit und im Team gefühlt, bis es zu einem Wechsel des Chefs gekommen sei, welcher alles verändert habe, was für sie sehr schlimm gewesen sei. Es habe mit einem klassischen Mobbing von ihrer Vorgesetzten begonnen, nicht wegen

Schwierigkeiten bei der Arbeit und ihren Arbeitsleistungen, sondern weil sie nicht in der religiösen Sekte der Chefin habe mitmachen wollen. Sie habe seit 14 Jahren

dieselbe Tätigkeit ausgeübt und sei bei den Mitarbeitern und den Vorgesetzten

immer beliebt gewesen und sei dann von ihrer Vorgesetzten seit November 2020 ständig unter Druck

gesetzt, massiv abgewertet, mit unergründbaren Vorwürfen, Kritisierungen, ständiger Erniedrigung und Ungerechtigkeiten konfrontiert worden. Diese Mobbing-Handlungen und den Psychoterror habe sie nicht mehr ausgehalten und sich erniedrigt, frustriert und krank gefühlt. Es sei ihr sehr schlecht gegangen, begleitet von

depressiven Symptomen, und die schon erlebten Traumata seien wieder massiv aktiviert worden.

Die erlebten traumatisierten Szenen hätten sich in ihrem Kopf wie in einem Horrorfilm abgespielt,

begleitet von Schlafstörungen und Alpträumen (S. 2).

Die Beschwerdeführerin erreichte im „Impact of Event Scale“-revidierten

Form (IES-R) Test 62 Punkte wobei ein Ergebnis ab 44 Punkten als schwer beeinträchtigt durch die traumatischen Erlebnisse gewertet werde. Im Beck-Depressions-Inventar erreichte die Beschwerdeführerin 37 Punkte, was einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche. Als psychiatrische Diagnosen notierte der Arzt: - Akute Belastungsreaktion mit folgender posttraumatischer Belastungsstörung ICD -

## **E. 10**

F44.9 - Schlafstörungen mit Alpträumen F 51.5, F51.9

Das Vorliegen einer depressiven Störung und einer komplexen PTBS könne die Arbeitsfähigkeit stark beeinflussen. Deswegen sei die Beschwerdeführerin aktuell und dauerhaft im ersten Arbeitstakt nicht vermittelbar. Eine Beschäftigung im geschützten Setting sei zwecks geregelter Tagesstruktur zumutbar mit einer reduzierten, stundenweisen

Beschäftigung bis 50 % (S. 4). 3.7

In seiner zusätzlichen Aktenbeurteilung vom 17. November 2023 (Urk. 15) legte der RAD-Arzt A.\_\_\_\_ dar, Dr. Z.\_\_\_\_ stelle die bekannten, bereits ausführlich diskutierten und widerlegten Diagnosen. Dabei sei hervorzuheben, dass er die Diagnosen nicht leitliniengerecht, sondern lediglich anhand von Selbstbeurteilungsinstrumenten (IES-R und BDI-II) herleite. Dabei erwähne der Arzt in Anwendung des IES-R nicht, um welches traumatische Ereignis es sich handle. Es werde pauschal angegeben, dass die Beschwerdeführerin ein Ergebnis von 62 Punkten erreiche und somit schwer beeinträchtigt durch die traumatischen Erlebnisse sei. Im IES-R müsse jedoch von der Person explizit ein Ereignis erinnert und gewertet werden. Damit könne eruiert werden, dass das Selbstbeurteilungsinstrument nicht richtig angewendet worden sei.

Des Weiteren werde im Fliesstext eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, kodiert als ICD-10

F

43.3, aufgeführt. Später sei dann wiederum eine akute Belastungsreaktion (F43.0) mit folgender posttraumatischer

Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostiziert, nun keine komplexe PTBS mehr. Der Arztbericht sei damit in diagnostischer Hinsicht äusserst widersprüchlich.

Schliesslich werde anhand der Auflistung der Diagnosen (« akute Belastungsreaktion mit folgender posttraumatischer Belastungsstörung ») eindeutig, dass auch Dr. Z.\_\_\_\_ sich nicht auf die geltend gemachten Kriegserfahrungen, sondern auf die akute Belastung im

Sinne der Mobbing-Situation beziehe und somit den Beginn der geltend gemachten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bei der Mobbing-Situation sehe. Wie aber bereits diskutiert, könne anhand der ICD-10 die

Mobbing-Situation nicht als Trauma anerkannt werden. Die Diagnosen seien deshalb weiterhin nicht

nachvollziehbar. 4.4.1

Die medizinische Aktenlage lässt eine schlüssige und abschliessende Beurteilung allfälliger funktioneller Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nicht zu:

Aus dem Bericht der Hausärztin (E. 3.1), bei welcher die Beschwerdeführerin seit zehn Jahren in Behandlung steht, geht hervor, dass bei dieser seit vielen Jahren eine depressive Neigung besteht, die medikamentös behandelt wird. Die Hausärztin beschrieb, dass die Beschwerdeführerin so regelmässig ihrer Arbeit nachkommen konnte, jedoch aufgrund der für sie belastenden Situation am Arbeitsplatz dekompenziert sei. Aufgrund dieser Dekompensation steht sie seit April 2021 in ein- bis zweiwöchiger psychiatrischer Behandlung. Neben Wut und Verzweiflung über die Vorgänge am Arbeitsplatz beschrieb die behandelnde Psychiaterin ähnliche Befunde wie die Hausärztin (vgl. E. 3.2 und 3.3), so etwa Müdigkeit, Erschöpfung, Schlaflosigkeit mit Albträumen, psychomotorische Anspannung und Nervosität, die sich auch darin äussert, dass die Beschwerdeführerin wieder angefangen habe zu rauchen und ein bis zwei Packungen Zigaretten pro Tag rauche

(vgl. auch Urk. 7/38/ 11-12) . Auch im Bericht des von der behandelnden Psychiaterin für eine Zweitmeinung zugezogenen Dr. Z.\_\_\_\_ wird die Beschwerdeführerin im Affekt deprimiert beschrieben mit sozialem Rückzug (E. 3.6) . Sowohl die behandelnde Psychiaterin wie auch Dr. Z.\_\_\_\_ bringen die aktuelle Dekompensation in unterschiedlichem Detaillierungsgrad auch mit lebensgeschichtlichen Aspekten in Verbindung (früher Tod dreier Kinder, Kriegserlebnisse mit Tod von Familienangehörigen).

In diesem Kontext lassen die genannten Berichte damit an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ zumin dest zweifeln . So findet sich in seiner Stellungnahme keine Auseinandersetzung mit den von der behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnosen, vielmehr erklärt e er diese pauschal als nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig findet sich eine ausführliche Exploration der lebensgeschichtlichen Elemente und deren Rolle bei der aktuellen Manifestation einer allfälligen psychiatrischen Erkrankung. In ihrem Einwand vom 30. Oktober 2022 (Urk. 7/62) gab die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang an, dass sie während der Exploration durch Dr. C.\_\_\_\_ nicht die Möglichkeit hatte, darüber zu berichten, was sie aus ihrer Vergangenheit bis heute belaste. Dies ist insofern nachvollziehbar, als für das Berichten vom Verlust eigener Kinder oder nächster Angehöriger und von anderen belastenden Erlebnissen eine vertrauensvolle, respektvolle Atmosphäre erforderlich ist. Indem Dr. C.\_\_\_\_ die Situation der Beschwerdeführerin medizinisch inadäquat als Verbitterungssyndrom bezeichnet hat, ist zumindest fraglich, ob er die Anamnese mit der notwendigen Umsicht erheben konnte . Auch angesichts der Berichte der Hausärztin und der behandelnden Psychiaterin kommen deshalb zumindest Zweifel darüber auf, ob die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ , wonach das Störungsbild einzig in der Wut über den Verlust des Arbeitsplatzes besteht, die Gesamtsituation der Beschwerdeführerin medizinisch vollständig erfasst. Die gleichen Zweifel erweckt auch die Einschätzung des RAD-Arztes, da dieser in seiner reinen Aktenbeurteilung vollständig auf die Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt hat , ohne die Beschwerdeführerin selber untersucht und eigene Befunde erhoben zu haben und ohne sich mit der Rolle der lebensgeschichtlichen Elemente für die bestehende Dekompensation auseinander zu setzen. Zwar können RAD-Stellung nahmen nicht einfach immer dann in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsunfähigkeit äussern (vgl.

etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Jedoch ist rechtsprechungsgemäss auf einen RAD-Bericht nicht abzustellen, wenn - wie hier - auch nur geringe Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen.

Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich aber auch nicht gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte beurteilen. Einerseits ist die diagnostische Einordnung des allfälligen Krankheitsbildes, insbesondere was eine PTBS anbelangt, nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, bedarf doch die Herleitung und Begründung dieser Diagnose rechtsprechungsgemäss einer besonderen Achtsamkeit. Zum einen ist das auslösende Trauma durch die medizinische Fachperson zwingend zu referieren, was vorliegend nur vage erfolgt ist.

Andererseits braucht es, wenn die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und dem Auftreten der Störung mehr als sechs Monate beträgt, eine besondere Begründung, weshalb ausnahmsweise ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (BGE 142 V 342 E. 5.2.2) . Ausserdem ist bei der Folgeabschätzung einer allenfalls vorliegenden PTBS auf das

Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit ein konsistenter Nachweis mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren notwendig (BGE 142 V 342 E. 5.2.3). Im vorliegenden Kontext ist dabei insbesondere auch eine Auseinandersetzung damit erforderlich, welche Rolle die lebensgeschichtlichen Elemente und diesbezüglich allfällige Traumatisierungen bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit spielen und welche Rolle demgegenüber allfälligen psycho-sozialen Faktoren wie der erlebten Situation am Arbeitsplatz zukommt, die entsprechend den ICD-10-Diagnosekriterien mangels aussergewöhnlicher Bedrohung und katastrophenartigen Ausmasses zum Vorn herein nicht geeignet ist, eine PTBS im medizinischen Sinn auszulösen.

Ferner gilt zu beachten, dass rechtsprechungsgemäss nicht von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden auszugehen ist, wenn die erhobenen Befunde in den psychosozialen Umständen

ihre hinreichende Erklärung finden (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen), was ärztlicherseits diskutiert werden muss. Diese Anforderungen erfüllen vorliegend weder die Berichte der behandelnden Ärztinnen noch derjenige von Dr. Z.\_\_\_\_. 4.2

Damit ist der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie ein unabhängiges psychiatrisches Gutachten einhole und hernach über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. Da Hinweise darauf bestehen, dass eine traumatische Komponente Einfluss auf das Störungsbild haben könnte, ist diesem Aspekt bei der Auswahl der geeigneten Fachperson Rechnung zu tragen. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinn der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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) 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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  
GräubNef

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