

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01205 vom 21. November 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01205](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01205)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01205 du 21 novembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01205 del 21 novembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1966, Mutter einer Tochter (Jahrgang 1987), war zuletzt von 1995 bis November 2006 als Bar tenderin im Restaurant Y.\_\_\_\_ tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 31. März 2006 war (Urk. 7/11 Ziff. 6.3.1, Urk. 7/19 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.7). Am 15. Mai 2007 meldete sie sich unter Hinweis auf unter anderem Depressionen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbefugnis an (Urk. 7/11). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihr mit Verfügung vom 4. Juli 2008 eine ganze Rente ab März 2007 zu (Urk. 7/42 und Urk. 7/45).

### **E. 1.2**

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.3**

). Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung mit derzeit mittelschwerer depressiver Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Bulimia

nervosa, aktuell intermittierendes bulimisches Essverhalten (ICD

### **E. 2**

0. Juni 2012 erstattetes neurochirurgisches

(Urk. 24/2) sowie ein von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 10. Juli 2012 erstattetes psychiatrisches Gutachten (Urk. 24/1) ein und beantragte die Abweisung der Beschwerde (Urk. 23).

Die Beschwerdeführerin verzichtete am 11. Oktober 2012 auf eine Stellungnahme zur Eingabe der Beigeladenen (Urk. 29). Die Beschwerdeführerin beantragte am

17.

Oktober 2012 eventualiter die Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen (Urk. 30).

### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die B eschwerdegegnerin am 11. Oktober 2011 zu Recht die Aufhebung der seit März 2007 ausgerichteten ganzen Rente verfügt hat .

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin ging zur Hauptsache

gestützt auf das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Januar 2011

davon aus,

dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe und sie seit Februar 2010 in jegliche n Tätigkeiten, mithin auch in ihre r zuletzt ausgeübte n Tätigkeit, zu 70 %

arbeits fähig sei , womit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 % resultiere ( Urk. 2, Urk.

### **E. 2.3**

). Es wäre allerdings zu kurz gegriffen, die Arbeitsunfähigkeit rein auf die Diagnose der depressiven Störung und die damit einhergehenden psychopathologischen Beeinträchtigungen abzustützen und somit den weiteren Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzuschreiben (S. 40 unten). Gesamthaft müsse man die 100%ige Arbeitsunfähigkeit als auf einer komplexen psychischen Gesundheits beeinträchtigung beruhend einstufen, wobei man die im Vorfeld der aktuellen Begutachtung erfolgten medizinisch-psychiatrischen Beurteilungen gerade auf grund von deren Divergenz geradezu als Hinweis auf eine solche Komplexität anerkennen müsse (S. 42 Mitte). 4.9

In seiner Stellungnahme vom 28. April 2014 ( Urk. 54) fü hrte Dr. Z.\_\_\_\_ a us, med. pract . C.\_\_\_\_ bestätige mit seinem umfangreichen und differenzierten Gut achten im Wesentlichen seine ( Dr. Z.\_\_\_\_ ) Einschätzungen. Er formuliere jedoch eine abweichende Wertung der rezidivier enden depressiven Verstimm ungen, indem er sie als dauerhafte depressive Störung darstelle (S. 2 Mitte). Seinen Argumenten könne indes aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht gefolgt werden. Gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ habe die Beschwerde führerin im Jahr 2012 selber angegebe n, es sei ihr seit 2009 besser gegangen; au ch im aktuellen Gutachten werde die Einschätzung einer Verbesserung der depressiven Störung im Jahr 2011 durch die Beschwerdeführerin selbst erwähnt (S. 2 unten). Diese Hinweise bestätigten die von der Beschwerdeführerin im Juli 2010 auch ihm gegenüber gemachten Angaben, womit seine gutachte rlichen Beurteilung gerade nicht zu einer „Momentaufnahme“ werde (S. 3 oben).

Soweit med. pract . C.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin für Juli 2010 eine Dissimulation unterstelle, verkenne er, dass

zu diesem Zeitpunkt im Gegenteil von einer Verdeutlichungstendenz (möglicherweise Simulation) auszugehen gewesen sei

(S. 3 Mitte ).

Das Postulat einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für bishेरige und adaptierte Tätigkeiten könne grundsätzlich kaum begründet werden; es sollten nämlich „Zumutbarkeit“ nicht mit

„Gesundheit“ und „medizinisch-theoretisch“ nicht mit „individuell-realistisch“ v erwechselt werden . Auch bei bestehenden affektiven Symptomen und anderen psychopathologischen Phänomenen könne medizi nisch-theoretisch eine Leistung von unterschiedlichem Ausmass erbracht wer den (S. 3 unten , S. 4 oben ). 4.10

In seiner Stellungnahme vom 30. April 2014 ( Urk. 56) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, er habe die Beschwerdeführerin am 18. Juni 2012 untersucht. Damals habe sie angegeben, dass es ihr oft relativ gut gehe und es selten zu schlimmen depressi ven Phasen komme . A uch habe sie von einer regelmässigen Tagesgestaltung, vom Ausüben diverser Hobbies und von der Pflege einiger guter Kontakte berichtet. Aufgrund der nicht als erheblich einzuordnenden pathologischen Befunde sei er für diese Zeit von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen (S. 2 oben). Für die Zeit ab Oktober 2011 sei er - gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin und das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ - ebenfalls von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausgegan gen. Hingegen habe sich gemäss einem ärztlichen Bericht vom 5. März 2012 zu dieser Zeit wieder eine mittelgradige depressive Episode gefunden. Bei Berück sichtigung aller ärztlichen Feststellungen sowie einer gew issen Schwankungs breite bei rezidivierenden depressiven Störungen könne für die Zeit ab Oktober 2011 von einem sich tendenziell in Besserung befindenden Gesundheitszustand in Hinsicht auf die Depression a usgegangen werden (S. 2 Mitte).

Er habe in seinem Gutachten vom Juli 2012 keine Persönlichkeitsstörung ange führt, sondern akzentuierte Persönlichkeitszüge .

Dr. Z.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten vom Januar 2011 eine leicht ausgeprä gte Persönlichkeitsstörung fest gestellt (S. 2 f.). Unter Berücksichtigung der Arztberichte könne davon aus gegangen werden, dass im Oktober 2011 keine Persönlichkeitsstörung vorgele gen habe, hingegen habe von akzentuierten Persönlichkeitszügen ausgega ngen werden können (S. 3 oben).

M it Ausnah me der Tätigkeit an einer Bar, bei welcher

mit Blick auf die vorma lige Alkohol- und Kokainabhängigkeit die Gefahr eines Rückfalls bestehe ,

lies sen sich d i e von der Beschwerdeführerin früher ausgeübten Tätigkeiten als angepasst ansehen.

Für solche gelte das in seinem Gutachten festgelegte Aus mas s einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 60 % (S. 3 Mitte). Im Oktober 2011 habe - a us näher dargelegten Gründen - eine generelle Verbesserung des Gesundheitszustandes und somit der Arbeitsfäh i gkeit bestanden (S. 4 oben).

Die von med. pract . C.\_\_\_\_ angeführten Lebensaktivitäten liessen eher auf eine leichte als auf eine mittelgradige depressive Episode schliessen (S. 4 Mitte). Persönlichkeitsstörungen entstünden gemäss ICD-10 in der Regel in der Jugend und zeigten später einen stabilen Verlauf (S. 4 unten). Es sei deshalb eher unwahrscheinlich, dass die Versicherte im Begutachtungszeitpunkt (August 2013) plötzlich eine Persönlichkeitsstörung aufweise, wodurch die Arbei tsfähig keit erheblich eingeschrä nkt werde . Auch die Lebensaktivitäten der Beschwer deführerin könnten mit einer Persönlichkeitsstörung nicht in Übereinstimmung gebracht werden (S. 4 f.).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könne med. pract . C.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden. Weshalb er bei einer doch insgesamt verbesserten Depression und einer Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % annehme, könne er ( Dr. B.\_\_\_\_ ) nicht nachvollziehen. Er habe 2012 darauf hingewiesen, dass damals der Medikamentenspiegel von Seroquel weit unter dem Referenzbereich gelegen habe; durch eine genügende Behandlung könnten störende Persönlichkeitszüge günstig beeinflusst werden, was sinnvoller wäre, als die von med. pract . C.\_\_\_\_ vorgeschlagene stationäre Behandlung, die er nicht unterstützen könne (S. 5 Mitte).

Med. pract . C.\_\_\_\_

stufte die psychosozialen Belastungsfaktoren in seinem Gutachten als Folge der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung ein. Diese Ansicht sei nicht nachvollziehbar. Die Versicherte sei seit Jahren nicht arbeits tätig , habe sich an das Frühpensionierten-Leben gewöhnt, werde vom Sozial dienst unterstützt und habe kaum finanzielle Probleme. Es sei offensichtlich, dass diese Faktoren nicht einer psychischen Störung zugerechnet werden könnten (S. 6 oben). 4.11

In seiner Stellungnahme vom 14. August 2014 ( Urk. 62) führte med. pract . C.\_\_\_\_ aus , durch die Stellungnahmen von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ ergebe sich kein Anlass, die Schlussfolgerungen im Gutachten vom Januar 2014 zu korrigieren oder zu revidieren (S. 2 oben).

Die von Dr. Z.\_\_\_\_ postulierte (nur vermeintliche) Besserung der depressiven Symptomatik im Jahr 2011 biete noch keinen genügenden Anhaltspunkt dafür, daraus eine teilweise oder vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit herleiten zu können (S. 2 Mitte).

Im Gutachten vom Januar 2014 werde die rezidivierende depressive Störung lediglich als primär, nicht jedoch alleinig mit der postulierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit in Verbindung gesetzt (S. 3 oben).

Den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ , dass die Lebensaktivitäten der Beschwerdeführerin eher auf eine leichte als eine mittelschwere Depression schliessen liessen, könne man vorderhand folgen. Jedoch müsse darauf hingewiesen werden, dass die Explorandin ihre Hobbies entgegen früher eingeschränkt habe und insbesondere auf die bei der seit 2008 behandelnden Psychotherapeutin eingeholte Auskunft, die bei der Explorandin zwar auch einen wechselnden Verlauf der psychischen Befindlichkeit beobachtet habe, aber auch anzugeben gewusst habe, dass nach ihrem Eindruck die Phasen schlechter psychischer Befindlichkeit länger geworden seien (S. 4 oben). Entgegen Dr. B.\_\_\_\_ sei im Gutachten vom Januar 2014 an keiner Stelle davon gesprochen worden , dass die Explorandin plötzlich im August 2013 eine ihre Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigende Persönlichkeitsstörung aufgewiesen habe . Vielmehr sei dargelegt worden, dass der Beginn der Persönlichkeitsstörung ab der Kindheit/Jugend und eine Manifestation ab dem Erwachsenenalter kennzeichnend seien. Zudem müsse als unzutreffend erachtet werden, dass die Lebensaktivitäten der Explorandin praktisch pauschal nicht mit einer Persönlichkeitsstörung in Übereinstimmung gebracht werden könnten (S. 4 Mitte). 5 . 5 . 1

Strittig und zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Oktober 2011) im Vergleich zum Jahr 2008 eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist

(vgl. vorstehend E. 1.1)

und wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitpunkt verhält. 5.2

Im Jahr 2008

diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_

eine auf dem Boden einer

rezidivierenden depressiven Störung bestehende

mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen und attestierte der Beschwerdeführerin sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für adaptierte Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.2).

Zur Frage, ob seither bezüglich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit eine Veränderung eingetreten ist, äusserten sich Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom Januar 2011 (vorstehend E. 4.4), Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Gutachten

vom Juli 2012 (vorstehend E. 4.7) und Med. Pract. C.\_\_\_\_

in seinem Gutachten vom Januar 2014 (vorstehend E. 4.8). Sodann liegen je eine Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.9) und

Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.10) zum Gutachten von Med. Pract. C.\_\_\_\_ sowie eine Stellungnahme von Med. Pract. C.\_\_\_\_ zu den Stellungnahmen der Vorgutachter (vorstehend E. 4.11) vor.

Diese Aktenlage erlaubt es, die

im vorliegenden Verfahren strittige Frage

in einer wertenden Gesamtschau zu beantworten. 5.3

Während Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_

im Oktober 2011 von einem im Vergleich zum Jahr 2008 verbesserten Gesundheitszustand ausgingen und der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Dr. Z.\_\_\_\_, vorstehend E. 4.4) beziehungsweise 50 % bis 60 % (Dr. B.\_\_\_\_, vorstehend E. 4.7) attestierten, verneinte Med. Pract. C.\_\_\_\_ eine Verbesserung und attestierte der Beschwerdeführerin eine seit dem Jahr 2006 anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten (vorstehend E. 4.8).

Med. Pract. C.\_\_\_\_

ging vom Vorliegen einer

anhaltenden, mittelschweren depressiven Störung aus und begründete die von ihm attestierte volle Arbeitsunfähigkeit primär mit den depressionsbedingten Einbussen.

Dagegen wandten Dr. Z.\_\_\_\_

und

Dr. B.\_\_\_\_ ein, dass im Zeitpunkt ihrer Untersuchung vom Juli 2010 beziehungsweise Juni 2012 die Depressivität remittiert (Dr. Z.\_\_\_\_, vorstehend E. 4.9) beziehungsweise nurmehr eine leichte bis mittelgradige Depressivität zu erheben (Dr. B.\_\_\_\_, vorstehend E. 4.10) gewesen sei. Zur Begründung der von ihnen im Oktober 2011 postulierten Verbesserung verwiesen sie unter anderem auf die Angaben

der Beschwerdeführerin im Rahmen der erfolgten Begutachtungen. 5.4

Anlässlich der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ im Februar und April 2008 berichtete die Beschwerdeführerin unter anderem, seit der Trennung vom letzten Freund im Jahr 2007 nicht mehr aus dem depressiven Loch herauszukommen, sich seit einigen Monaten nicht einmal mehr mit Sudoku beschäftigen zu können, wegen Migräne das Licht nicht mehr zu ertragen und sich ganz verzweifelt und überhaupt nicht mehr in der Lage zu fühlen, etwas zu arbeiten ( Urk. 7/37 S.

4 f.).

Anlässlich der Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ im Juli 2010 gab die Beschwerdeführerin demgegenüber an, die Depressionen seien im Vergleich zu 2007 seit 2009 besser geworden. Sie sei nicht mehr ununterbrochen traurig, könne auch wieder lachen und habe mehr Antrieb, aktiv zu sein. Seit Februar 2010 sei ihr Zustand „wieder gut“ ( Urk. 7/57 S. 5 oben). Im Juni 2012 führte sie gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ aus, bis 2009 eine relativ schlimme Zeit durchgemacht zu haben, da die Depressionen oft ein starkes Ausmass angenommen hätten. Immer wieder habe sie Selbstmordimpulse verspürt. Sie habe antidepressiv wirkende Medikamente eingenommen. Erst seit 2009 gehe es ihr besser. Seither fühle sie sich nicht mehr ständig traurig, lache wieder und verspüre mehr Antrieb. Ähnlich gehe es ihr auch jetzt, die Verstimmungen seien wechselhaft ausgeprägt. Nur selten komme es zu schlimmen Phasen, oft gehe es ihr relativ gut. Mit den Depressionen gehe es ordentlich, weshalb die Fluocitine -Dosis habe reduziert werden können. Da es ihr besser gehe, plane sie die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit ( Urk. 24/1 S. 5 unten, S. 6 oben). 5.5

Die übereinstimmenden Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtungen durch Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ lassen darauf schliessen, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand im Verlauf

verbessert hat und jedenfalls ab dem Jahr 2009 nicht mehr vom Vorliegen einer mittel- bis schwergradigen Depressivität, wie sie

Dr. D.\_\_\_\_ im Jahr 2008 noch diagnostiziert hatte, ausgegangen werden konnte. Entsprechend bezeichneten die Ärzte des F.\_\_\_\_

in ihrem Bericht vom März 2009 (vorstehend E. 4.2) die Depressivität als nurmehr mittelschwer ausgeprägt

und berichteten sie, dass mittels der ab Juni 2008 durchgeführten ambulant-psychotherapeutischen Behandlung eine Stabilisierung des Zustandsbildes habe erreicht werden können. Besagtem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin - wie von Dr. D.\_\_\_\_ empfohlen (vgl. vorstehend E. 3.2) - zwischenzeitlich ein körperliches Aufbautraining in einem Fitnessstudio aufgenommen hatte und sich zur Ressourcenaktivierung in ambulante Ergotherapie begab, was sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirkte.

Die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtungen zeigen sodann, dass sie im weiteren Verlauf ihre Lebensaktivitäten zu steigern

vermochte und sie fähig war, ihren Tag zu gestalten. So gab sie anlässlich der Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ im Juli 2010 an, dass sie ihren Haushalt selbstständig besorge, sich um eine Katze kümmere, ihre Therapietermine wahr

nehme und ins Fitness-Center gehe. Anlässlich der Begutachtung durch Dr. B.\_\_\_\_ im Juni 2012 schilderte sie, dass sie oft Velo fahre, viermal wöchentlich ins Fitness-Center gehe, ihre Einkäufe erledige und - obwohl sie eher zurückgezogen lebe - einige gute Kontakte pflege ( Urk. 24/1 S. 6 oben, S. 6 Mitte). Zu den Hobbies, denen sie nachgehe, zählten Malen, Töpfern, Musikhören und Tanzen. Zudem interessiere sie sich für Literatur ( Urk. 24/1 S. 6 Mitte).

Med. pract. C.\_\_\_\_ gegenüber berichtete die Beschwerdeführerin im August und Oktober 2013, sehr viele - näher genannte - Hobbies zu haben, wobei sie aktuell den Hobbies Kochen, Lesen und Flamencotänzen nachgehe. Ferner male sie sehr gerne. Ein Teil der früheren Hobbies habe sie aus motivationalen Gründen ( Anmerkung des Gutachters: keine Lust) auch wieder aufgegeben (S. 18 unten, S. 19 oben). Sie sei ein sehr aktiver Mensch, müsse immer etwas machen und aufnehmen (S. 17 unten). Bezüglich Freundes- / Kollegenkreis sei es teils-teils. Sie habe eine Freundin von ihrer früheren Arbeitsstelle, wolle allerdings den Kontakt zu dieser nicht zu eng halten. Mit dieser Freundin telefoniere sie, hin gegen wolle sie derzeit beispielsweise nicht mit ihr in den Ausgang gehen. Aktuell habe sie einen gewissen Kollegenkreis, jedoch keinen Freundeskreis. Ihre aktuell wichtigsten Bezugspersonen seien ihre Tochter und ihre Eltern.

Sie wünsche sich nicht unbedingt mehr an Kontakten; allenfalls eine gute Freundin, mit der sie gemeinsam etwas unternehmen könnte, was vielleicht alleine nicht möglich sei. (S. 19 Ziff. 3.5). 5.6

Die von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ im Oktober 2011 postulierte Zustandsverbesserung findet in der dargelegten Aktenlage eine gewichtige Stütze. Zu überzeugen vermag in diesem Zusammenhang insbesondere die Feststellung von Dr. B.\_\_\_\_, wonach die Lebensaktivitäten der Beschwerdeführerin nicht mit einer bedeutenden Depressivität in Übereinstimmung gebracht werden könnten. Seine Schlussfolgerung, wonach sich die Beschwerdeführerin teilweise von den Depressionen lösen können (vorstehend E. 4.7) beziehungsweise im Oktober 2011 diesbezüglich von einem sich tendenziell in Besserung befindenden Gesundheitszustand ausgegangen werden könne (vorstehend E. 4.10), erweist sich insgesamt als nachvollziehbar und schlüssig begründet. 5.7

Die Einschätzung von med. pract. C.\_\_\_\_, wonach es bezüglich der depressiven Störung seit dem Jahr 2006 zu keiner massgeblichen Verbesserung gekommen sei, lässt sich demgegenüber mit der Aktenlage

nicht in Einklang bringen.

Dem Bericht der Ärzte des F.\_\_\_\_ vom März 2009 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem ersten stationären Aufenthalt in der I.\_\_\_\_ von Ende März bis Mitte Juni 2006 (vgl. Urk. 7/20) und ihrem daran anschliessenden zweieinhalb monatigen Aufenthalt in der Klinik J.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/18/7) bis Ende 2007 ohne Medikamente auskam und fast beschwerdefrei

war (Urk. 7/49/2 oben und Mitte). Entgegen den Ausführungen von med. pract. C.\_\_\_\_ ist damit bereits für die Zeit zwischen September 2006 und Ende 2007 eine doch längerdauernde und massgebliche Zustandsverbesserung dokumentiert.

Im Dezember 2007 wurde eine erneute Hospitalisation erforderlich, nachdem sich der damalige Lebensgefährte von der Beschwerdeführerin getrennt hatte (vgl. Urk. 7/49/2 oben und Mitte). Die Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_, gestützt auf welche der

Beschwerdeführerin im Jahr 2008 eine Invalidenrente zugesprochen wurde, erfolgte im Februar und April 2008 und damit zu einer Zeit, als sich die Beschwerdeführerin - wie sie damals selber angab - aufgrund der Trennung von ihrem Freund in einem depressiven Loch befand, aus welchem sie nicht mehr herauskam (vgl. Urk. 7/47 S. 4 unten). Dass sie sich im weiteren Verlauf aus diesem Loch herauszuarbeiten vermochte und sich ihr Zustand wenn auch nicht restituierte so aber doch auf einem höheren Niveau stabilisierte, kann nach dem Gesagten (vorstehend E. 5.4-6) als durch die Akten ausgemessen gelten.

In diesem Zusammenhang festzuhalten ist, dass auch med. pract .

C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom August 2014 (vorstehend E. 4.11) einräumte, dass den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_, wonach die Lebensaktivitäten der Beschwerdeführerin eher auf eine leichte als die von ihm (Dr. C.\_\_\_\_) diagnostizierte mittelschwere Depression schliessen liessen, „vorderhand gefolgt“ werden könne. Soweit er zur Relativierung anführte, dass die Beschwerdeführerin ihre Hobbies im Vergleich zu früher eingeschränkt habe und nach dem Eindruck der behandelnden Psychotherapeutin die Phasen schlechter psychischer Befindlichkeit länger geworden seien, reicht dies nicht aus, um die dargelegte

Zustandsverbesserung in Frage zu stellen.

Abgesehen davon ging

Dr. B.\_\_\_\_

(im Gegensatz zu Dr. Z.\_\_\_\_) nicht von einer remittierten,

sondern lediglich von einer im Vergleich zum Jahr 2008 weniger schwer ausgeprägten Depressivität aus, was vereinbar erscheint mit der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nur - aber immerhin wieder - einzelnen Hobbies nachgeht. 5.8

Die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann, abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung, eine grosse Varianz aufweisen und die ärztliche Beurteilung trägt von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2013 vom 20. August 2013 E. 5.1, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_465/2013 vom 27. September 2013 E. 3.4).

Sowohl Dr. Z.\_\_\_\_ als auch Dr. B.\_\_\_\_ bezeichneten die von med. pract . C.\_\_\_\_

postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten als nicht nachvollziehbar (vorstehend E. 4.9-10). Mit Blick darauf, dass med. pract . C.\_\_\_\_

diese primär mit den depressionsbedingten Einbussen begründete, diesbezüglich aber wie dargelegt (vorstehend E. 5.4-6)

von einer im Vergleich zu 2008 eingetretenen Verbesserung auszugehen ist, erweist sich die von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_

vorgebrachte Kritik als berechtigt.

Im Rahmen seiner Stellungnahme vom August 2014 (vorstehend E. 4.11) hielt

med. pract .

C.\_\_\_\_ zwar fest, dass er in seinem Gutachten die rezidivierende depressive Störung lediglich primär, nicht jedoch alleinig mit der postulierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit in

Verbindung gesetzt habe. Seine diesbezüglichen Ausführungen im Gutachten vom Januar 2014 (Urk. 44 S. 40 ff.

Ziff. 7.2) lassen indes nicht erkennen, inwiefern sich mit Blick auf die weiteren Diagnosen

(vgl. Urk. 44 S. 40 unten), namentlich die von ihm diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung, gesamthaft gesehen (vgl. Urk. 44 S. 42 Mitte) die Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen lässt. Die Ausführungen im genannten Abschnitt des Gutachtens erschöpfen sich viel mehr in der Kritik der von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeiten sowie der Feststellung, dass sich die Suchtproblematik - da überwunden - nicht leistungsbeeinträchtigend auswirke, und lassen eine nachvollziehbare Begründung der gezogenen Schlussfolgerung vermissen.

Des Weiteren wies Dr. B.\_\_\_\_

im Rahmen seiner Stellungnahme vom April 2014 (vorstehend E. 4.10) darauf hin, dass med. pract. C.\_\_\_\_ in seinem Gutachten die psychosozialen Belastungsfaktoren in nicht nachvollziehbarer Weise als Folge der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung einstufte (vgl. Urk. 44 S. 42 Mitte), währenddem er (Dr. B.\_\_\_\_) davon ausgehe, dass diese Faktoren wie etwa die lange Absenz vom Arbeitsmarkt, die Gewöhnung an das frühere Rentnerinnen-dasein und die Abhängigkeit vom Sozialamt dazu führten, dass die Beschwerdeführerin die nach seiner Einschätzung bestehende Restarbeitsfähigkeit von 50 % bis 60 % nicht realisiere (vgl. vorstehend E. 4.7). Diese plausibel erscheinende Kritik ist seitens med. pract. C.\_\_\_\_ unkommentiert geblieben. 5.9

Insgesamt erweist sich die von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ im Rahmen ihrer Stellungnahmen vom April 2014 geäußerte Kritik am Gerichtsgutachten von med. pract. C.\_\_\_\_ als triftig genug, um dessen Schlüssigkeit in Frage zu stellen (vgl. vorstehend E. 1.3). Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2008 nicht verbessert haben und ihre Arbeitsfähigkeit anhaltend zu 100 % eingeschränkt sein soll, vermag nach dem Gesagten nicht zu überzeugen.

In der Gesamtschau als am überzeugendsten erweist sich die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_. Im Gegensatz zur Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ trägt diese insbesondere dem Umstand Rechnung, dass die

rezidivierende depressive Störung der Beschwerdeführerin

ausgewiesenermassen eine gewisse Schwankungsbreite aufweist

und sich deshalb einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. 5.10

Zusammenfassend ist der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Oktober 2011 im Vergleich zu 2008 verbessert hat und für die von ihr früher ausgeübten Tätigkeiten - mit Ausnahme der Tätigkeit an einer Bar - eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 60 % bestand. 6.

#### **E. 2.4**

Die Beigeladene machte gestützt auf die Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % bis 60 % geltend (Urk. 23). 3. 3.1

Die

Rentenzusprache vom Juli 2008 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das von der Beschwerdeführerin eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik E.\_\_\_\_, vom 18. April 2008

( Urk. 7/37 ; vgl. Urk. 7/39/3). 3.2

Nach am 19. Februar und am 4. April 2008 durchgeführter Untersuchung nannte Dr. D.\_\_\_\_ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischen Symptomen, ICD-10 F33.11, F33.2 (S. 6 Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Alkohol- und ein Kokainabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtiger Abstinenz bezüglich beider Substanzen sowie anamnestisch eine langjährige, aktuell wieder exazerbierte

Bulimia

nervosa (S. 7 Ziff. 5.2).

Für die bisherige Tätigkeit attestierte Dr. D.\_\_\_\_

der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 29. März 2006. Er führte aus, die Arbeitsunfähigkeit sei auf eine sehr stark reduzierte emotionale Belastbarkeit, allgemeine Erschöpfung, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen und formale Denkstörungen zurückzuführen. Für adaptierte Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin im gleichen Zeitraum ebenfalls zu 100 % arbeitsunfähig (S. 8 Ziff. 7.1-3).

Insgesamt könne man von einer sehr offenen Prognose bezüglich des Verlaufes der psychischen Störungen sprechen (S. 7 unten). Die intensive tagesklinische Behandlung sollte weiterhin konsequent fortgesetzt werden. Aufgrund der physischen Erschöpfung empfehle er zusätzlich ein Körperaufbautraining. Unter diesen therapeutischen Massnahmen könnte die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Wiedereingliederung im günstigsten Fall in etwa sechs Monaten neu evaluiert

werden (S. 8 Ziff. 8.1). 4. 4.1

Im Rahmen des im Dezember 2008 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens ergingen folgende medizinische Berichte: 4.2

Am 24. März 2009 berichteten die Ärzte des F.\_\_\_\_, Psychiatrische Privatklinik (Urk. 7/49), welche die Beschwerdeführerin vom 14. Dezember 2007 bis 19. März 2008 stationär (vgl. Austrittsbericht vom 13. Mai 2008, Urk. 7/57/56-58), vom 1. April bis 8. Juni 2008 teilstationär (vgl. Austrittsbericht

vom 25. August 2008, Urk. 7/57/47-50) und vom 9. bis 12. Juni 2008 im Rahmen einer Krisenintervention erneut stationär (vgl. Kurz-Austrittsbericht vom 20. Juni 2008,

Urk. 7/57/51-52) behandelt hatten und bei welchen die Beschwerdeführerin

ab 18. Juni 2008 ambulant in Behandlung stand (Ziff.

**E. 6**

).

In ihrer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten vom Januar 2014 (Urk. 49) hielt die Beschwerdeführerin fest, die von med. pract. C. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl in der angestammten

als auch in einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund der Feststellungen im Gutachten nicht nachvollziehbar.

Die - einzeln genannten - Hobbies, denen die Beschwerdeführerin laut Gutachten nachgehen und das täglich absolvierte Fitnessprogramm liessen sich nicht mit einer erheblichen depressiven Störung vereinbaren. Auch fehle es an einem sozialen Rückzug (S. 2 Mitte). Aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sei nicht von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 2 unten). Vielmehr sei diese im Zusammenhang mit der depressiven Störung zu beurteilen, wobei die Angaben zu Tagessgestaltung, sozialen Bezügen und Hobbies massgebend seien (S. 2 f.). Wenn nun eben dieselben Funktionen beurteilt würden, so sei keine erhebliche gesundheitsbedingte Einschränkung ersichtlich. Der Gutachter begründe auch nicht, weshalb die Beschwerdeführerin nicht auf ihre Ressourcen zurückgreifen könnte (S. 3 oben). Die retrospektive Einschätzung, wonach eine Verbesserung gar nie stattgefunden habe, sei nicht nachvollziehbar begründet und vermöge die Aussagen der Vorgutachter, welche beide nach eigenständiger Untersuchung eine Verbesserung des Gesundheitszustands postuliert hätten, nicht zu widerlegen (S. 3 Mitte).

#### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingetretene Verbesserung in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

#### **E. 6.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen Einkommens entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (BGE 129 V 222) beziehungsweise der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision (Art. 88 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV)

nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt

worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 6.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). 6. 5

Nach dem Abschluss einer zweijährigen Bürolehre im Jahr 1986 war die Beschwerdeführerin - teilweise durch ein Temporärbüro vermittelt - bei unterschiedlichen Arbeitgebern in unterschiedlichen Branchen tätig (vgl. Urk. 7/7 und Urk. 44 S. 13 unten und S. 15 f.). Ab 1995 war sie gemäss Angaben im Arbeitgeberfragebogen im Restaurant Y.\_\_\_\_ tätig (Urk. 7/19 Ziff. 2.1). Im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/15) sind für die Jahre 1997 bis 2000 allerdings keine Einkommen dieses Arbeitgebers ausgewiesen beziehungsweise Einkommen anderer Arbeitgeber verbucht. Ununterbrochen und nur für das Restaurant Y.\_\_\_\_ tätig war die Beschwerdeführerin lediglich vom Mai 2001 bis November 2006 beziehungsweise ihrem letzten Arbeitstag im März 2006 (Urk. 7/19 Ziff. 2.7, Urk. 7/15/3).

Vor dem Hintergrund dieser unsteten Erwerbsbiographie

kann nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall im Oktober 2011 weiterhin beim Restaurant Y.\_\_\_\_ tätig gewesen wäre

(vgl. Urk. 7/7/9, Urk. 44 S. 16).

Abgesehen davon war das im Restaurant Y.\_\_\_\_ erzielte Einkommen schwankend (vgl. Urk. 7/15/3), sodass die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte Tätigkeit insgesamt keine taugliche Grundlage zur Ermittlung des Invalideneinkommens darstellt. Dieses ist vielmehr gestützt auf statistische Tabellenlöhne zu ermitteln.

#### **E. 6.6**

Nachdem die Beschwerdeführerin seit Eintritt ihres Gesundheitsschadens keinerlei Erwerbstätigkeit mehr nachging, sind auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens statistische Tabellenlöhne heranzuziehen.

Gemäss Dr. B.\_\_\_\_ sind der Beschwerdeführerin die früher ausgeübten Tätigkeiten wie etwa das Anwerben von Kreditkartenkunden sowie die Arbeit im Verkauf oder in einem Büro weiterhin zumutbar und besteht diesbezüglich einzig eine zeitmässige Einschränkung (Urk. 56 S. 3 Mitte).

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens

wäre daher auf die gleichen Tabellenlöhne abzustellen wie bei der Ermittlung des Valideneinkommens. Da die Bemessungsgrundlagen identisch sind, erübrigen sich

indes Ausführungen dazu, auf welche Tabellen Löhne im Einzelnen abzustellen wäre, beziehungsweise erweist sich eine genaue Bezifferung des Validen- und Invalideneinkommens als nicht erforderlich.

Der Umstand, dass Tätigkeiten an einer Bar aufgrund der früheren Alkohol- und Kokainabhängigkeit der Beschwerdeführerin als nicht mehr geeignet zu erachten sind, wirkt sich nicht einkommensrelevant aus, steht der Beschwerdeführerin mit Blick auf die ihr weiterhin zumutbaren Tätigkeiten doch ein sehr breites Tätigkeitsfeld offen. Gründe, die einen Abzug vom Invalideneinkommen rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich.

Bei der von Dr. B. \_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit von durchschnittlich 55 % kann der Invaliditätsgrad im Sinne eines Prozentvergleichs auf 45 % beziffert werden, womit ein Anspruch auf eine Viertelsrente ausgewiesen ist (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 6.7**

Zusammenfassend ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als die bisherige ganze Rente der Beschwerdeführerin per 1. Dezember 2011 auf eine Viertelsrente herabzusetzen ist.

#### **7.7.1**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind insbesondere nach dem Verfahrensaufwand festzusetzen und somit ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können dem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechts erheblichen Punkten nicht ausreichend beweiskräftig sind, und zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweissmassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (vgl.

#### **BGE**

139 V 496 E. 4.3, 139 V 225 E. 4.3).

Das Gerichtsgutachten vom Januar 2014 (Urk. 44) wurde in Auftrag gegeben, da sich der medizinische Sachverhalt nach Eingang des von der Beigeladenen veranlassten Gutachtens von Dr. B. \_\_\_ als weiter abklärungsbedürftig erwies. Vorliegend kann der Beschwerdegegnerin nicht vorgehalten werden, ihrer Abklärungspflicht im Verwaltungsverfahren ungenügend nachgekommen zu sein, zumal sie den medizinischen Sachverhalt ihrerseits gutachterlich abklärte. Unter den gegebenen Umständen sind die Kosten des Gerichtsgutachtens sowie der vom Gericht eingeholten Stellungnahmen von Dr. Z. \_\_\_, Dr. B. \_\_\_ und med. pract. C. \_\_\_

von der Gerichtskasse zu tragen. 7.3

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Obwohl die Beschwerdeführerin nicht vollumfänglich obsiegt, sondern betreffend die beantragte Weiterausrichtung einer ganzen Rente unterliegt, rechtfertigt es sich nicht, die zuzusprechende Prozessentschädigung zu kürzen, da der Verfahrensaufwand durch das

Überklagen nicht erhöht wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013).

Die Prozessentschädigung ist beim praxis gemässen Stundenansatz von Fr.

## **E. 10**

F33.4).

Der Gutachter führte aus, aktuell würden von der Beschwerdeführerin subjektiv weiterhin depressive Symptome genannt. Solche seien aber nicht ausreichend objektivierbar. Aus objektiver Sicht würden die Eingangskriterien der ICD-10 für eine depressive Störung aktuell nicht (mehr) erfüllt. Auf die subjektiv wechselhaften Verstimmungen der Beschwerdeführerin allein könne aus versicherungsmmedizinischer Sicht nicht abgestellt werden (S. 13 Mitte und unten). Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass die Angaben zur Gültigkeit der Antworten im Rahmen eines - näher genannten - Testverfahrens auf der Korrekturskala eine aussergewöhnliche Zustimmungstendenz gezeigt hätten, die als Verdeutlichungstendenz oder möglicherweise Simulation gewertet werden könne. Zudem sei eine eindeutige Abgrenzung eigentlicher depressiver Zustandsbilder von Stimmungsschwankungen im Rahmen der kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit möglich. Ein relevanter mindernder Einfluss eines eigenständigen depressiven Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht begründbar (S. 14 oben).

Eine leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung, wie sie bei der Beschwerdeführerin seit der Adoleszenz vorliege, habe gemäss seiner Einschätzung einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von 30 % Minderung (von 100 %) auf dem ersten ausgeglichenen Arbeitsmarkt (S. 15 Mitte).

Im Fall der Beschwerdeführerin seien ihr wechselnder Konsum von Alkohol, Kokain und Cannabinoiden, die Bulimia

nervosa und die gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung als Ausdruck von und somit Teil der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen einzuordnen („sekundär“ im versicherungsmedizinischen Sinn). Die Defizite, die mit diesen „Teilstörungen“ verbunden seien, könnten grundsätzlich ein Ausmass erreichen, das zu einer eigenständigen deutlichen Minderung der Arbeitsfähigkeit (über die durch die Persönlichkeitsdefizite begründbaren 30 % von 100 % hinaus) führen könne. Das sei beispielsweise zu Zeiten einer ausgeprägten Alkoholabhängigkeit, eines vollständig unstrukturierten Konsums von Kokain, mehrfach er täglicher Ess-Brech-Anfälle und/oder eines mittelgradigen bis schweren depressiven Syndroms anzunehmen. Ein solches Ausmass einer der „Teilstörungen“ sei bis 2006 aber im Fall der Beschwerdeführerin nicht dokumentiert (S. 15 unten, S. 16 oben).

Im Juni 2010 (Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung) sei die im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. April 2008 postulierte depressive Episode sicher remittiert gewesen, wobei aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Untersuchung davon ausgegangen werden könne, dass dies bereits ab Februar 2010 der Fall gewesen sei. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zum März 2006 (erste dokumentierte depressive Episode) beziehungsweise vom März 2008 (Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_) könne somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Februar 2010 angenom

men werden. Vor, während und nach diesen abgrenzbaren depressiven Episoden und ihren stationären Behandlungen sei aufgrund der Defizite einer leicht aus geprägten kombinierten Persönlichkeitsstörung von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % von 100 %

in jeder Art von Tätigkeit seit Adoleszenz auszugehen (S.

16 unten, S. 17 oben, S. 17 f. Ziff. 6). Krankheitsfremde Gesichtspunkte wie etwa eine Verdeutlichungstendenz, Widersprüche, psychosoziale Faktoren wie Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen sowie persönliche Berufswünsche als Kunstschaffende erklärten ausreichend die Diskrepanz zwischen der objektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und der subjektiv genannten (S. 18 Ziff. 8). 4.5

In ihrem Bericht vom 5. März 2012 (Urk. 17) erklärte G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, H.\_\_\_\_, mit den von Dr. Z.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und der von ihm geschätzten Arbeitsfähigkeit von 70 % nicht einverstanden zu sein. Als zusätzliche Diagnosen seien rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung und Missbrauch in der Kindheit zu nennen (Ziff. 1). Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin sei stark beeinträchtigt. Sie sollte in geschütztem, angepasstem Rahmen stundenweise einen Arbeitsbelastungs-Aufbau durchführen (Ziff. 2). Seit 2006 bestünden unveränderte körperliche Beschwerden unterschiedlicher Lokalisation, welche unterschiedlich beeinträchtigend seien. Betreffend die emotionalen Schwankungen sei eine Stabilisierung eingetreten, es bestehe aber nach wie vor eine reduzierte Belastbarkeit. Das Zustandsbild sei chronisch (Ziff. 3). 4.6

In ihrem im Auftrag der Beigeladenen erstatteten Gutachten vom 20. Juni 2012 (Urk. 24/2) gelangte Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss, dass sich eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der geklagten somatischen Beschwerden zurzeit aus neurochirurgischer Sicht nicht begründen lasse (S. 16 f. lit. B). 4.7

In seinem im Auftrag der Beigeladenen am 10. Juli 2012 erstatteten Gutachten (Urk. 24/1) nannte Dr. B.\_\_\_\_

nach am 18. Juni 2012 durchgeführter psychiatrischer Untersuchung folgende Diagnosen (S. 8 Ziff. 4): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1) - Bulimia

nervosa, mässig ausgeprägt (ICD-10 F50.2) - Status nach Kokainabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F14.20) - Status nach Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die rezidivierende depressive Störung sei der Hauptbefund (S. 9 oben). Eine Persönlichkeitsstörung könne bei der Beschwerdeführerin nicht diagnostiziert werden. Sie wirke zwar farbig, fröhlich und attraktiv, was aber ihren Persönlichkeitseigenarten zugeordnet werden könne. Sie sei kaum narzisstisch, nicht emotional instabil und auch nicht histrionisch. Zusammen gefasst könnten akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden, welche seit jeher bestünden (S. 9 unten). Die Beschwerdeführerin betreibe heute diverse Lebensaktivitäten, welche mit einer bedeutenden Depressivität nicht in Übereinstimmung gebracht werden könnten. So gehe sie drei- bis viermal pro Woche in ein Fitnesscenter und übe diverse Hobbies intensiv aus. Sie halte sich auch eine Katze. Den Haushalt halte sie sauber und sie mache die Einkäufe selber. Derartige Lebensaktivitäten wären bei einer bedeutenden Depression nicht möglich.

Die Beschwerdeführerin spüre selber, dass es ihr besser gehe, weshalb sie daran sei, sich arbeitsmässig wieder aufzubauen (S. 10 oben).

Die Arbeitsfähigkeit

der Beschwerdeführerin könne heute als zu 40 % bis 50 % eingeschränkt gelten. Zu dieser Beurteilung führe in erster Linie die gebesserte rezidivierende depressive Störung. Die durchgeführten therapeutischen Massnahmen seien indes nicht vollumfänglich genügend. Die Beschwerdeführerin suche zwei- bis dreiwöchentlich eine Psychologin auf, sie nehme aber ein Medikament (Seroquel, vgl. S. 8 Mitte) nicht in genügendem Ausmass ein. Die Prognose sei vorsichtig positiv. Es müsse auf - näher genannte - ungünstige psychosoziale Faktoren hingewiesen werden (S. 10 unten). Er gehe davon aus, dass diese Faktoren dazu führten, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit von 50 % bis 60 % nicht realisiere (S. 12 Ziff. 12).

Aus psychiatrischer Sicht sei seit 2009 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten, die Beschwerdeführerin habe sich teilweise von den Depressionen lösen können (S. 12 Ziff. 9). 4.8

In seinem im Auftrag des Gerichts

am

#### **E. 14**

Januar 2014

erstatteten Gutachten (Urk. 44) nannte med. pract. C.\_\_\_\_ nach am 28. August und 9. Oktober 2013 durchgeführte r

psychiatrischer Untersuchung (vgl. S. 2 Mitte) folgende Diagnosen (S. 40 oben): - kombinierte Persönlichkeitsstörung emotional-instabiler und histrionischer Prägung (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), anamnestisch auch schweren Grades ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - anamnestisch Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtig episodischem Substanzkonsum (ICD-10 F10.26) - anamnestisch Kokainabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F14.20) - Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2)

Zum aktuellen Gesundheitszustand führte der Gutachter aus, dieser sei durch eine mittelschwere rezidivierende depressive Störung gekennzeichnet, deren subjektive Beeinträchtigungen nach gutachterlichem Ermessen über das objektiv feststellbare Mass hinausgingen, wobei sich der objektiv weniger depressiv wirkende Untersuchungseindruck (gegenüber dem subjektiven Erleben) psychodynamisch aus dem Bemühen der Beschwerdeführerin um einerseits Selbstkontrolle und andererseits Gesichtswahrung gegen aussen herleite (S. 44 Ziff. 1). In diesem Zusammenhang sei von einer Dissimulation der psychischen Befindlichkeit zu sprechen (S. 37 unten).

Vom Vorliegen einer klinisch manifesten und anhaltenden depressiven Störung sei ab etwa dem Jahr 2006 auszugehen, ohne dass sich im zeitlichen Verlauf bis anhin eine deutliche Symptomlinderung eingestellt habe. Zwar sei im Austrittsbericht des F.\_\_\_\_ über die dortige Hospitalisation vom Dezember 2007 bis März 2008 eine deutliche Besserung der depressiven Störung nach den Vorhospitalisationen im Jahr 2006 vermerkt und habe die

Beschwerdeführerin gleichfalls gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ eine zeitweilige Befindlichkeitsverbesserung angetönt. Für den aktuellen Gutachter ergäben sich über den Zeitraum seit 2006 jedoch keine genügenden Anhaltspunkte, um von zwischenzeitlich allenfalls eingetretenen anhaltend stabilen psychischen Veränderungen im Sinne einer deutlichen Symptom-/Beschwerdereduktion ausgehen zu können, zumal die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten in der Anerkennung ihrer psychischen Gesundheitsproblematik aufweise und sich eher körperlich beeinträchtigt fühle (S. 45 Ziff. 1.2). Im Zeitpunkt der Renteneinstellung im Oktober 2011 könne nicht von einer wesentlichen, dauerhaften Änderung des Gesundheitszustands im Vergleich zu den im Zeitpunkt der Rentenzusprache vom Juli 2008 vorgelegenen Verhältnissen ausgegangen werden. Die therapeutischen Erfahrungen aus der ambulanten Behandlung der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2008 zeichnen ein anderes Bild über die Entwicklung des Gesundheitszustands als die von Dr. Z.\_\_\_\_ im Jahr 2011 beschriebene „Momentausnahme“ (S. 47 Ziff. 2).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, gegenwärtig werde gutachterlicherseits eine bei der Explorandin bereits seit mehreren Jahren vorliegende 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in ihrem angestammten (zuletzt ausgeübten) Beruf als auch in einer Verweistätigkeit angenommen. Diese begründe sich primär in depressionsbedingten Einbüssen wie mangelnder Spannkraft, geringer Ausdauer, eingeschränkter eigener Motivationsfähigkeit und Motivationsaufrechterhaltungsfähigkeit, reduziertem Antrieb, geringer emotionaler Belastbarkeit, rascher Ermüdbarkeit, geistiger Inflexibilität und auch Interessenverlust (S. 40 Ziff. 7.2, S. 47 Ziff.).

#### **E. 17**

0. (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Oktober 2011 insofern abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2011 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Integration Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - GastroSocial Pensionskasse - 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 Mosimann Ryf

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