

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00522 vom 25. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00522

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00522 du 25 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00522 del 25 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab September 2005.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.3

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes

oder Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Art. 29 bis IVV ist sinn gemäss anwendbar.

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen

nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.6

Der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a; vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). 2.

Gemäss Entscheid des hiesigen Gerichts vom 30. April 2009 war - aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab dem 6. Dezember 2004 - ab 1. April 2005 nur, aber immerhin noch ein Anspruch auf mindestens eine halbe Rente ausgewiesen. Ab 20. Juni 2005 sei die Beschwerdeführerin erneut vollständig arbeitsunfähig geworden, weshalb sich die Frage des Rentenanspruchs für die Zeit ab 1. September 2005 stelle (Art. 88a Abs. 2 IVV). Entsprechend wurde die angefochtene Verfügung insoweit aufgehoben, als sie den Anspruch auf eine die halbe Rente übersteigende Invalidenrente ab 1. September 2005 verneinte (E. 7). Im Folgenden ist daher der gesundheitliche Verlauf ab 20. Juni 2005 zu prüfen. 3.

3.1

Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 30. Oktober 2005 zuhanden der Helsana Versicherungen AG eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit einem

somatischen Syndrom gemäss ICD-10 F33.1 1. Weiter sei es sicher gerechtfertigt, von akzentuierten abhängigen und selbstunsicheren Persönlichkeitszügen zu reden, ohne dass eine Persönlichkeitsstörung gänzlich ausgeschlossen werden könne. Es sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine deutliche depressive Symptomatik vorergründig sei, welche derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. In Anbetracht der durchgeführten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sollte aber erwartet werden können, dass sich die depressive Symptomatik innert nützlicher Frist, vielleicht innert Wochen, vielleicht innert weniger Monate soweit bessere, dass die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne (Urk. 8/63/5-6). 3.2

Dr. Z.____

führte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 29. Dezember 2006 als Diagnosen (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-

E. 2

Hiergegen erhob X.____, vertreten durch Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach, am 15. Mai 2012 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 28. März 2012 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab 1. September 2005 eine ganze Invalidenrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 2. Juli 2012 angezeigt wurde (Urk. 10). Am 25. Juni 2012 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (Urk. 9).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 10

F33.11); Dysthymia (ICD-10 F 34.1), im Sinne einer „double depression“ und (2) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit neurasthenischen, selbstunsicheren und abhängigen Zügen (ICD-10 F61.0) an. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Schalter angestellte am Empfang einer Klinik sei die Beschwerdeführerin dauerhaft zu 50% arbeitsunfähig. Dies gelte auch für die zurückliegende Zeit zumindest ab Dezember 2004. Bei äusserlichen Belastungen, Enttäuschungen etc. reagiere die Beschwerdeführerin

jeweils mit vorübergehender Zuspitzung der depressiven Vitalitätsstörung , was dann eine mehrwöchige, maximal aber dreimonatige 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu sich ziehe. Dies sei soweit retrospektiv rekonstruierbar im Sommer 2005 der Fall gewesen sowie auch seit November 2006. Es handle sich dabei aber nicht um eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/84/18-19). 3 . 3

Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 1. Februar 2008 erklärten die behandelnde Ärztin und die behandelnde Psychotherapeutin , dass die Beschwerde führerin vom 9. Oktober 2007 bis zum 30. Januar 2008 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen nannten sie (1) einen Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) und (2) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0; Urk. 8/142/11). 3 . 4

Dr. A.____

stellte in ihrem Bericht vom 22. August 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/142/2):

(1)

eine rezidivierende depressive Störung , mittelgradige bis schwere Episoden mit somatischem Syndrom und psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.11/21, F33.3)

(2)

eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0)

(3)

Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.2/ 5)

(4)

eine Hypothyreose infolge Hashimoto Thyreoiditis, substituiert, euthyreot

(5)

eine Eisenmangelanämie

(6)

ein körperlicher Erschöpfungszustand

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Status nach Oberarmfraktur links durch Sturz am 17. August 2004. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als medizinische Sekretärin und auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe folgende Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/142/2 -7):

100 % vom 20. Juni 2005 bis 4. September 2006

50 % vom 5. September bis 16. November 2006

100 % vom 16. November 2006 bis 1. April 2008

90 % vom 2. April bis 5. Juli 2008

50 % vom 6. Juli bis 6. August 2008

100 %

seit

7. August 2008 bis auf Weiteres 3 . 5

Dr. D.____ diagnostizierte in ihrem psychiatrischen Obergutachten vom 6. Mai 2011 (1) einen somatisch begründeten psycho-physischen Erschöpfungszustand, (2) eine

histrionische , teilweise dissoziale Persönlichkeitsstörung und (3) eine Hypothyreose. Dr. D.____ gab an, dass die seit 2005 durchgängig vorhandene 50%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin insofern auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen sei, als eine Persönlichkeitsstörung vorliege . Einzelne Phasen, in denen es ihr schlechter oder besser gegangen sei, würden sich anhand der Aktenlage nicht sicher rekonstruieren lassen. Angesichts des psycho-physischen Erschöpfungszustandes, in dem sich die Beschwerdeführerin während der gutachterlichen Untersuchung befunden habe, müsse für diesen Zeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis, in angepasster Tätigkeit und auch im Aufgabenbereich ausgegangen werden . Eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dieser Grundlage sei jedoch unwahrscheinlich

(Urk. 8/178/31 -36). 3 . 6

Am 6. Februar 2012 berichtete Dr. A.____ , dass die Beschwerdeführerin unter sehr langen depressiven Phasen mit viel kürzeren Episoden von guter Stimmung und Lebensenergie leide. Von November 2009 bis April 2011 (18 Monate) sei es ihr sehr schlecht gegangen. In diese Zeit sei auch die gutachterliche Untersuchung durch Dr. D.____ gefallen. Von Mitte April bis anfangs November 2011 sei es ihr besser gegangen. Dann hätten sich als Vorboten körperliche Probleme mit Schwindel, Übelkeit, enormer Müdigkeit und Herzbeschwerden, die bei der hausärztlichen Kontrolle keine pathologischen Befunde ergeben hätten, gemeldet. Seither sei die Beschwerdeführerin wieder im Rückzug, seelisch gelähmt und ohne Lebens- und Leistungskraft. Der psycho-physische Zustand habe sich über die vielen Jahren verschlechtert, obwohl medizinische, psychiatrische und medikamentöse Behandlungen korrekt eingesetzt und befolgt worden seien. Auch in den besseren Phasen würden die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit dauernd eingeschränkt bleiben (Urk. 3/3).

4 .

4 .1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2012 davon aus , dass die Beschwerdeführerin seit 2005 weiterhin zu durchschnittlich 50 % arbeitsunfähig gewesen sei . Sie berief sich dabei auf das psychiatrische Obergutachten von Dr. D.____ vom 6. Mai 2011 (Urk. 2). 4 .2

4 .2.1

Dr. D.____ hat ihre psychiatrische Expertise vom 6. Mai 2011 in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die geklagten Beschwerden hat sie berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt (Urk. 8/178). 4 .2.2

Dr. D.____

legte überzeugend dar, dass bei der Beschwerdeführerin aller Wahrscheinlichkeit nach eine spezifische Persönlichkeitsstörung, also eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betreffe, bestehe.

Dabei würden Persönlichkeitszüge vorliegen, wie sie zu einer histrionischen, zum Teil auch dissozialen Persönlichkeitsstörung passen würden. Anhand der eigenen Untersuchung

aber auch anhand der Durchsicht der Vorgutachten imponiere eine Neigung, andere zu beschuldigen bzw. das eigene Verhalten vordergründig zu rationalisieren. Wahrscheinlich bestünden ein Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen und eine geringe Frustrationstoleranz. Die Affektivität wirke oberflächlich und das Verhalten weise zum Teil theatralische Züge auf. Weiter würden Egozentrik sowie erhöhte Kränkbarkeit imponieren. Während der Untersuchungssituation sei

der Eindruck entstanden, dass die im Kontaktverhalten sehr freundliche Beschwerdeführerin manipulative Tendenzen aufweise. Hierzu passe die durch die Ergebnisse der Laboruntersuchung aufgeworfene Frage nach einer möglicherweise krankheitsbedingten, aber eventuell auch gezielten Herbeiführung eines somatisch reduzierten Zustandsbildes. So sei das

Thyreoida-stimulierende Hormon

(TSH) am Untersuchungstag deutlich erhöht gewesen, was für eine vorangegangene fehlerhafte Einnahme der verordneten Schilddrüsenhormone spreche und klinisch die Auslösung der Symptome der eigentlich behandelten Hypothyreose bewirke. Schon bei TSH-Werten im oberen Normbereich könnte eine sogenannte latente Hypothyreose Symptome wie Müdigkeit, Antriebsreduktion und auch eine depressive Verstimmung bewirken. Zum Untersuchungszeitpunkt im Herbst 2010 habe jedenfalls eine hypothyreote Stoffwechsellage bestanden. Zusätzlich hätten die Labor-Ergebnisse einen Vitamin-B12- und einen Vitamin-D-Mangel ausgewiesen. All diese somatischen Probleme seien geeignet, eine deutliche Reduktion des Allgemeinzustandes herbeizuführen, insbesondere aber auch eine somatisch begründete depressive Verstimmung. Bei Bearbeitung der Akten falle auf, dass diese somatischen Probleme in der Vergangenheit schon untersucht und – wie ein ebenfalls

bereits aufgefallener Eisenmangel – behandelt worden seien. Bei allen Begutachtungen seien auch ein reduzierter Allgemeinzustand bzw. Bleichheit, Müdigkeit und

Antriebsreduktion festgestellt worden, wobei im Nachhinein nicht eruierbar sei, inwieweit diese Symptome zum jeweiligen Zeitpunkt mehr auf die genannten somatischen Probleme der Beschwerdeführerin oder auf die von den Vorgutachtern diagnostizierte affektive Erkrankung in Form von depressiven Episoden zurückzuführen gewesen seien. Nach dem eigenen Eindruck der Unterzeichneten habe bei der Beschwerdeführerin zum Untersuchungszeitpunkt keine eigenständige oder zusätzliche depressive Störung vorgelegen, sondern ein somatisch begründeter psycho-physischer Erschöpfungszustand in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung überwiegend histrionischen Charakters. Differentialdiagnostisch sei auch an das Vorhandensein einer artifiziellen Störung zu denken, eine Frage, die im Rahmen dieser Begutachtung allerdings nicht ausreichend beurteilt werden könne. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome mit Müdigkeit und Schwäche seien im Rahmen der Hypothyreose zu verstehen, ohne dass eine

zusätzliche endogene oder reaktive depressive Episode diagnostiziert werden müsse. Vom psychopathologischen Befund her liege eine solche nicht vor. Soweit Symptome geschildert würden, die auf ein „psychisches Geschehen“ hindeuteten – wie Sorgen um den Sohn oder Vorstellungen von einer Gottesstrafe – würden diese anders wirken als bei Patienten, die effektiv unter solchen Sorgen und Vorstellungen leiden würden. Sie hätten etwas Holzschnitthafes, hätten sich bei genauerer Nachfrage verloren und seien nicht in Einklang mit der emotionalen Ausdrucksweise der Beschwerdeführerin gestanden. Gerade an diesen Stellen sei bei Nachfrage der Eindruck einer Unechtheit und gewissen Theatralik aufgefallen, wie er zu einer histrionischen Persönlichkeitsstörung passe, die ja manchmal auch schwere psychiatrische Erkrankungen „imitiere“ und bei der Auto- und Fremdsuggestion gleichermaßen ausgeprägt seien. Das Vorliegen einer in den Vorgutachten diskutierten Dysthymie erscheine möglich, sei allerdings anhand der Datenlage nicht sicher ausgewiesen. Dr. D.____ kam dementsprechend zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Persönlichkeitsstörung zu 50% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und dass bei adäquater Behandlung der Hypothyreose, des Vitamin-B12- und des Vitamin-D-Mangels sowie gegebenenfalls eines erneut auftretenden Eisenmangels von einer Besserung des während der Untersuchung noch bestehenden psycho-physischen Erschöpfungszustandes auszugehen sei (Urk. 8/178/31-33). Diese Schlussfolgerung von Dr. D.____ ist gestützt auf die von ihr genannten Befunde und unter Einbezug ihrer Erläuterungen ohne Weiteres nachvollziehbar. 4.2.3

Was

die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin

seit Juni 2005 betrifft, erachtete

Dr. D.____

eine

mehr als 50%ige Einschränkung als nicht erwiesen. Sie führte

dazu schlüssig aus, es leide zwar keinen Zweifel, dass die Beschwerdeführerin – jeweils nach Enttäuschungen über das Fehlschlagen von Plänen oder andere Belastungen – vorübergehend eine Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation erlebt habe, die sie zum Beispiel dazu gebracht habe, gerade angefangene Unternehmungen wieder einzustellen. Allerdings lasse sich anhand der aus der Aktenlage möglichen Rekonstruktion hieraus nicht unmittelbar schliessen, dass in den jeweiligen Situationen auch eine tatsächliche 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch Verschlechterung des Gesundheitszustands verursacht gewesen sei (Urk. 8/178/36). Auf die von der behandelnden Psychiaterin überlassene Dokumentation allein könne nicht abgestellt werden (Urk. 8/178/33). Auch der Bericht aus der relativ spät aufgesuchten Klinik

F.____ spiegle für den damaligen Behandlungszeitraum über drei Monate hinweg nicht das Bild einer akuten Erkrankung an einer schweren depressiven Episode. Weder der psychopathologische Befund (der zum Teil nicht zwischen eigenen Untersuchungen und Angaben der Beschwerdeführerin unterschieden habe) habe ein derartig schweres Zustandsbild aufgewiesen, noch lasse sich dies aus der Beschreibung des Verlaufs der stationären Behandlung belegen. Beim klinischen Bild einer schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom und psychotischen Symptomen wäre sicherlich eher eine Einweisung in eine psychiatrische Akutklinik als in ein psychotherapeutisches

Behandlungssetting erfolgt, bei dem zu Beginn des stationären Aufenthalts schon „dynamisch auf deckend“ habe vorgegangen werden können (Urk. 8/178/36).

Dr. D.____

überzeugende Einschätzung hinsichtlich der retrospektiven Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin deckt sich somit

weitgehend mit derjenigen von Dr. Z.____

in deren Gutachten vom 29. Dezember 2006 (Urk. 8/84), die das hiesige Gericht im Urteil vom 30. April 2009 als nicht nachvollziehbar erachtete (Urk. 8/137, vgl. E. 5.5.1). Dies stellt allerdings nur ein scheinbares

Widerspruch dar. Denn

die Begründung von Dr. D.____

ist eine andere. Während Dr. Z.____

nämlich grundsätzlich von einer andauernden 50%igen Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum ab Dezember 2004 ausging, zielt die Argumentation von

Dr. D.____ im Wesentlichen darauf ab, dass sich für die Zeit ab Juni 2005

eine

50 % übersteigende, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit nicht sicher rekonstruieren lässt. Dr. D.____ schloss also nicht aus, dass möglicherweise eine länger als drei Monate dauernde höhergradige

Arbeitsunfähigkeit vorliegen haben könnte. Aufgrund der Aktenlage sei dies indessen nicht erwiesen. Mit anderen Worten liegt gemäss Dr. D.____

für den besagten Zeitraum letztlich Beweislosigkeit vor.

Dies ist zunächst deshalb plausibel, weil der Bericht

von Dr. A.____ vom 22. August 2009 (Urk. 8/142/1-10) die Anforderungen an ein taugliches Beweismittel – wie bereits deren Bericht vom 16. März 2007 (vgl. E. 5.5.2 des Urteils vom 30. April 2009, Urk. 8/137/17) – nicht erfüllt. So enthält der

Bericht vom 22. August 2009 zwar eine ausführliche Schilderung des Behandlungsverlaufs. Angesichts der wenigen Angaben zu den erhobenen Befunden (Urk. 8/142/7) lässt sich jedoch nicht prüfend nachvollziehen, inwiefern und wann genau sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im von Dr. A.____ behaupteten Ausmass verschlechtert bzw. teilweise wieder verbessert haben soll. Weiter darf und soll das Gericht – auch wenn den Beurteilungen Dr. A.____ als langjährige behandelnde Ärztin selbstverständlich

Bedeutung beizumessen ist –

in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Nebst den Berichten der Klinik F.____ betreffend den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin zwischen dem 9. Oktober 2007 und dem 30. Januar 2008 (Urk.

8/142/11-17)

liegen zudem keine weiteren Berichte behandelnder Ärzte vor. Dr. B.____, der die Beschwerdeführerin von Oktober 2005 bis Februar 2006 kurzzeitig behandelt hat, sah vom Einreichen eines Berichts ab (Urk. 8/149). Zu den Terminen bei Dr. C.____

ist die Beschwerdeführerin anscheinend nicht erschienen (Urk. 8/159). 4.2.4

Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) ist Dr. D.____ auf die Berichte von Dr. A.____ eingegangen. Ihre teilweise von den behandelnden Ärzten und Vorgutachtern abweichende Diagnosestellung hat sie hinreichend begründet. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik bzw. Dysthymie hat sie nicht verneint, sondern als möglich, aber nicht sicher ausgewiesen bezeichnet (Urk. 8/178/31-36). Der von der Beschwerdeführerin (Urk. 8/170) und Dr. A.____ (Urk. 8/169) erhobene Vorwurf, Dr. D.____ habe sich bei der Exploration demütigend verhalten und untragbare Bemerkungen gemacht, wurde von ihr

vehement bestritten (Urk. 8/181). Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin hielt dazu fest,

Dr. D.____ habe in ihrer Stellungnahme erklärt, dass diese Vorbringen der Beschwerdeführerin wohl auf die gestellte Diagnose zurückzuführen seien. Vom Zeitpunkt der Begutachtung (4. November 2010) bis zur Meldung der angebl. Verfehlungen Dr. D.____ (22. bzw. 23. November 2010) seien fast drei Wochen vergangen. Sofern die Äusserungen der begutachtenden Psychiaterin tatsächlich derart tiefgreifend gewesen wären, müßte es fragwürdig an, weshalb nicht umgehend eine Meldung bei der Beschwerdegegnerin erfolgt sei. Zudem sei fraglich, weshalb die Beschwerdeführerin die Begutachtung nicht abgebrochen habe, sondern Dr. D.____ weiterhin Auskünfte erteilt habe. Ebenso wäre es erstaunlich, dass die Beschwerdeführerin einer Blutuntersuchung am Ende der Begutachtung zugestimmt hätte. In Würdigung dieser Umstände könne daher auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 8/182/5). Diese Begründung des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin erscheint – auch angesichts dessen, dass sich aus dem Gutachten selbst keinerlei Anzeichen für ein pflichtwidriges oder unkorrektes Verhalten Dr. D.____ ergeben – ohne Weiteres nachvollziehbar. Aus dem Zwischenbericht von Dr. A.____ vom 6. Februar 2012 ergeben sich sodann nicht genügend Anhaltspunkte für eine nach der Begutachtung von Dr. D.____ am 4. November 2010 eingetretene wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Dr. A.____

erklärte selbst, dass die neu hinzu

gekommene somatischen Probleme bei der hausärztlichen Kontrolle keine pathologischen Befunde ergeben hätten (Urk. 3/3). 4.2.5

Wie die Beschwerdeführerin zutreffend darlegte (Urk. 1 S. 12), wird das fortschreitende Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch gesehen nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene

Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweistätigkeiten massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_145/2011 vom 30. Mai 2011 E. 3.3 mit Hinweisen).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ ist die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2012 (Urk. 2) 62-jährige Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit – wie erwähnt - seit Juni 2005 grundsätzlich

nicht zu mehr als 50 % eingeschränkt (Urk. 8/178/36). Die Beschwerdeführerin verfügt über eine abgeschlossene Berufsausbildung als Postbeamtin (Urk. 8/1) und war während mehr als 30 Jahren erwerbstätig (Urk. 8/7). Zumindest im Jahr 2008 war sie gemäss Bericht von Dr. A.____ vom 22. August 2009 Teilzeit als Aufsichtsperson im Museum G.____ in H.____ tätig (Urk. 89/142/5). Auch wenn sich die Stellensuche angesichts ihres fortgeschrittenen Alters als schwierig gestalten dürfte, kann mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt

doch nicht gesagt werden, dass eine Anstellung in einem 50 %-Pensum unter diesen Umständen als nicht mehr realistisch zu bezeichnen wäre. 4.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Juni 2005 als ausgewiesen gelten kann. Für die Zeit vor der Begutachtung durch Dr. D.____ am 4. November 2010 liegt insofern Beweislosigkeit vor, als sich nicht erstellen lässt, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2005 jemals länger als drei Monate ohne wesentliche Unterbrechung (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) zu mehr als 50 % arbeitsunfähig war. Auch eine neuerliche fachärztliche Begutachtung könnte darüber keinen Aufschluss bringen. Dies wirkt sich zu Lasten der Beschwerdeführerin aus, da sie aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt ein Recht – nämlich den Anspruch auf eine höhere IV-Rente – ableiten will (vgl. E. 1.6).

Nicht zu beanstanden (und nicht bestritten) ist schliesslich auch der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2012 vorgenommene Einkommensvergleich. Die Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger- Wyttenbach - 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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