

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00832 vom 30. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00832

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00832 du 30 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00832 del 30 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1977 geborene X.____ meldete sich am 1. Februar 2011 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/1). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle nebst den Akten der Unfallversicherung (Urk. 8/16, 8/26 und 8/38) einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 8/9) und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/11, 8/17 und 8/25). Zusätzlich liess sie die Versicherte am 30. April 2012 durch Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 4. Mai 2012 [Urk. 8/33]). Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2013 stellte die Verwaltung die Zusprache einer vom 1. Dezember 2011 bis 31. Juli 2012 befristeten ganzen Rente der Invalidenversicherung in Aussicht (Urk. 8/46). Daran hielt sie – auf Einwand von X.____ (Urk. 8/53) hin – mit Verfügung vom 23. Juli 2013 fest (Urk. 2, 8/62 und 8/66).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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.

E. 1.3

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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

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.

Freidenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. September 2013 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine unbefristete ganze Rente mit Wirkung ab 1. August 2011 auszurichten; eventuell sei ein psychiatrisches Obergutachten zu veranlassen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2013 schloss die IV Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Gerichtsverfügung vom 20. November 2013 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mangels Bedürftigkeit abgewiesen. Gleichzeitig wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 13). Nachdem die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen zu ihren Vermögensverhältnissen eingereicht hatte (Urk. 14-15/1+2), wurde ihr angesichts erheblich veränderter Einkommensverhältnisse beziehungsweise eines ab 1. Januar 2014 ausgewiesenen monatlichen Mankos von Fr. 1'246.-- die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihr mit Wirkung ab 1. Januar 2014 in der Person von Felix Barmettler ein unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt

(Urk. 16). Am 10. Februar 2014 (Urk. 19) hielt die Beschwerdeführerin replica ndo an ihren Anträgen fest (Urk. 19-20/1-5), wohingegen die Beschwerde gegnerin am 10. März 2014 auf die Einreichung einer Duplik verzichtete (Urk. 23). Mit Beschluss vom 13. August 2015 setzte das hiesige Gericht der Beschwerdeführerin Frist an, um zu der in Betracht gezogenen Möglichkeit einer reformatio in peius Stellung zu nehmen oder die Beschwerde zurückzu ziehen (Urk. 25). Mit Eingabe vom 7. September 2015 hielt sie an ihrer Beschwerde fest (Urk. 27).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprache einer befristeten Rente im Wesentlichen damit, aufgrund der getätigten Abklärungen bestehe seit 13. Dezember 2010 in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf die Ergebnisse der psychiatrischen Begutachtung sei jedoch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin seit der Untersuchung vom 30. April 2012 die bisherige Erwerbstätigkeit zu 50 % und eine adaptierte Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar sei. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erweise sich aufgrund der Art und Weise des Ereignisses vom 9. Dezember 2009 und des seit über zwei Jahren andauernden Leidens als nicht über jeden Zweifel erhaben. Zudem sei von der Überwindbarkeit der PTBS auszugehen. Der ebenfalls diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode spreche das Bundesgericht aufgrund der vorübergehenden Natur der invalidisierenden Charakter ab. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % betrage das Invalideneinkommen Fr. 45'267.--. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 53'255.-- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 15 %, weshalb ab 1. August 2012 kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2 und Urk. 7 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber hauptsächlich auf den Standpunkt, das Gutachten von Dr. Y. ___ sei nicht beweiskräftig und stehe im Widerspruch zu den Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden und der SUVA-Ärzte. Es könne daher nicht darauf abgestellt werden. Auch die Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens erweise sich als fehlerhaft (Urk. 1 S. 6 ff.).

Die fortbestehenden Beschwerden würden nicht auf einer somatoformen Schmerzstörung beruhen, weshalb die Überwindbarkeitspraxis keine Anwendung finde. Die Beschwerdegegnerin habe es zudem unterlassen, die fachärztlichen Abklärungen der Unfallversicherung, die gestützt darauf bis 31. Dezember 2013 Taggeld bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet habe, zu konsultieren (Urk. 19 S. 5 ff.). 3.

E. 3

Die Unfallversicherung stellte ihre Leistungen mit Wirkung per 31. Dezember 2013 ein. Die dagegen am 3. Februar 2014 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil des hiesigen Gerichts abgewiesen (Prozess-Nr. UV.2014.00027).

E. 3.1

Nachdem Dr. med. Y.____ die Beschwerdeführerin am 30. April 2012 untersucht hatte, stellte er in seinem Gutachten vom 4. Mai 2012 (Urk. 8/33) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine in Remission befindliche posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Den akzentuierten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 11). Im Rahmen der Exploration habe sich – so der psychiatrische Experte – unter Einnahme sedierender Psychopharmaka eine müde und verhangen wirkende Beschwerdeführerin gezeigt. Sie spreche mit gut modulierter, aber etwas verwaschener Stimme. Ihre Grundstimmung sei deprimiert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei jedoch nicht gravierend eingeschränkt. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen gewissen appellativen

Charakter, wobei eine Tendenz zur Symptomausweitung und Selbstlimitierung nicht ganz ausgeschlossen werden könne. Akzentuierte ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge seien erkennbar. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien infolge medikamentöser Sedierung klinisch leichtgradig beeinträchtigt. Das Antriebsverhalten sei, ebenfalls aufgrund der medikamentösen Sedierung, reduziert und die Psychomotorik verlangsamt. Insgesamt würden sich bei der Beschwerdeführerin noch Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigen (S. 12 f.). Dr. Y.____ führte weiter aus, ein gewisser therapieresistenter Verlauf werde sowohl im Bericht von Dr. B.____ als auch in dem der Ärzte der Klinik D.____

beschrieben. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich – wie bereits ausgeführt – aktuell nicht mehr bestätigen. Auch eine gravierende depressive Störung sei nicht mehr erkennbar. Im Vordergrund stünden Psychopharmaka-Nebenwirkungen und ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn, der den Krankheitsverlauf

neben den akzentuierten Persönlichkeitszügen ungünstig beeinflusse. Dass die Symptome mehr als zwei Jahre nach dem Ereignis nicht weiter abgeklungen seien, spreche für die überwiegende Bedeutung anderer Faktoren. Allenfalls bestünden noch Symptome einer abklingenden posttraumatischen Belastungsstörung. Depressivität könne zwar im Zusammenhang mit einer abklingenden posttraumatischen Belastungsstörung auftreten, rechtfertige bei der Beschwerdeführerin aber nicht die Diagnose einer zusätzlichen affektiven Störung. Auf Nachfrage habe sie zudem angegeben, im Sommer 2011 mit ihrem Ehemann per Flugzeug nach E.____ gereist zu sein und ihre Mutter besucht zu haben, was ihr beim Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung beziehungsweise depressiven Störung nicht möglich gewesen wäre (S. 13 f.). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht

so der Gutachter weiter

sei der Beschwerdeführerin seit dem Untersuchungsdatum in den bisher ausgeübten Tätigkeiten als Verkäuferin respektive Raumpflegerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. In einer dem psychischen Leiden angepassten Arbeit bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Prognostisch sei unter Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung und Dosisanpassung der sedierenden Psychopharmaka medizinisch-theoretisch innerhalb von sechs bis 18 Monaten eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der Arbeitsfähigkeit auf 100% zu erwarten (S. 15 f.).

E. 3.3

Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte am 20. Januar 2010 die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin sei betreffend die mnestischen Funktionen im klinischen Gespräch unauffällig. Das formale Denken sei kohärent und etwas verlangsamt. Im Stimmungsfeld sei die Versicherte nieder geschlagen und deprimiert. Es sei ein andauerndes Gefühl von Bedrohung und Vermeidungsverhalten vorhanden und sie leide unter Flashbacks. Der Antrieb sei vermindert. Die Beschwerdeführerin klagt über Schlafstörungen und Alpträume. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.____ fest, die Beschwerdeführerin solle versuchen, ihr Arbeitspensum von 50 % zu behalten (Urk. 8/16/66-67).

E. 3.4

Dr. A.____ berichtete am 16. April 2010, die belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der linken Schulter sowie des ganzen Rückens mit Betonung zervikal hätten sich unter physikalischer Therapie deutlich zurückgebildet. Hingegen komme es immer mehr zum depressiven Zustandsbild (Urk. 8/16/43).

E. 3.5

Dr. B.____n annte am 6. Mai 2010 (Urk. 8/16/39-40) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Subsyndromale Ausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Überfall auf der Arbeitsstelle (ICD-10 F43.1) - Mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Schmerzsyndrom

Die betreffende Ärztin führte aus, als Voraussetzung für eine zukünftige Erwerbsfähigkeit stehe die psychische Stabilisierung der Beschwerdeführerin im Vordergrund. Das Zustandsbild habe sich im Vergleich zu dem am 20. Januar 2010 verfassten Bericht unter den verordneten Psychopharmaka und der begleitenden Psychotherapie verbessert. Einzig die Schmerzsymptomatik sei unverändert geblieben. Hauptsymptom sei die Angst. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (S. 1 f.).

E. 3.6

Med. pract. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der SUVA, gab am 23. Dezember 2010 an, die Beschwerdeführerin habe nach dem Überfall bis zum jetzigen Zeitpunkt eine nicht ganz ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung mit einer depressiven und ängstlichen Reaktion kombiniert sowie ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt. Die Entwicklung einer psychischen traumatischen Reaktion dieses Ausmasses sei an sich nicht untypisch. Bemerkenswert sei die eher untypische Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms. Dieses sei als somatisierende Überlagerung der traumatischen Reaktion zu sehen und hänge mit einer allfälligen partiellen Vulnerabilität der Persönlichkeitsstruktur sowie der Psyche der Beschwerdeführerin zusammen. Er empfahl die Kostenübernahme für eine stationäre psychiatrische Behandlung (Urk. 8/16/22-25 S. 3 f.).

E. 3.7

Dr. B.____ wiederholte am 11. März 2011 die bereits im Bericht vom 6. Mai 2010 (E. 3.5 hievore) genannten Diagnosen, wobei sie dem Schmerzsyndrom keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Sie erhob dieselben Befunde wie im Bericht vom 20. Januar 2010 aufgeführt (E. 3.3 hievore). Sie attestierte vom 18. Januar bis 6. Dezember 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und danach eine solche von 100%. Sie verwies darauf, dass sich die Beschwerdeführerin zur Zeit in der Klinik D.____ behandeln lasse (Urk.).

8/11 /1-5).

E. 3.8

Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 13. Dezember 2010 bis 19. April 2011 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Klinik D.____ im Bericht vom 31. Mai 2011 (Urk. 8/25/7-12) folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1): - Mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Somatische Diagnosen führten sie keine an (S. 1).

Sie berichteten, im schützenden Umfeld der Klinik habe in den ersten Wochen eine Stabilisierung des Zustands der Beschwerdeführerin erreicht werden können. Im weiteren Verlauf des Aufenthalts habe sich dieser insofern weiter verbessert, als sich die Versicherte schwingungsfähiger und offener gezeigt und immer klarer von Suizidalität distanziert habe. Es habe zudem eine Verbesserung der Konzentration und Aufmerksamkeit erzielt werden können. Eine weitere Verbesserung oder eine Stabilisierung des Zustands und eine Reduktion der Ängste seien jedoch nicht möglich gewesen. Das Erarbeiten eines psychosozialen Krankheitsmodells habe sich insofern schwierig gestaltet, als die Beschwerdeführerin eine sehr fatalistische Einstellung in Bezug auf ihre Erkrankung habe, alle Schuld für ihren Zustand und die Folgen dem Täter zuschreibe und es nicht gelungen sei, ihr einen konstruktiven Umgang mit Gefühlen und Spannungszuständen zu vermitteln. Sie trete in nur ansatzweise gebesserem biopsychischem Zustand bezüglich der remittierten depressiven Symptomatik und des allgemeinen Zustandes aus. Die Ängste und die allgemeine Anspannung hätten nur sehr bedingt eine Verbesserung erfahren und ihr Krankheitsverständnis habe nur leicht erweitert werden können (S. 5 f.). Bereits am 16. Mai 2011 hatten die betreffenden Ärzte in ihrem im Auftrag der Beschwerdegegnerin verfassten Bericht geschildert, es seien mässige Beeinträchtigungen hinsichtlich Konzentration und Gedächtnis bei der Beschwerdeführerin bemerkbar. Ausser dem bestünden leichte Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen. Das formale Denken sei inhaltlich stark eingengt auf die aktuelle Symptomatik. Die Motorik sei unauffällig, wogegen der Antrieb stark reduziert sei. Die Stimmung zeige sich stark deprimiert, hoffnungslos und sehr ängstlich. Der Affekt sei dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig und klagsam. Es bestehe eine ausgeprägte Störung der Vitalgefühle und die Beschwerdeführerin leide unter Schuldgefühlen. Bei deutlichem Leidensdruck sei eine Therapiemotivation vorhanden (Urk. 8/17/1-5 S. 2).

E. 3.9

Dr. B.____ diagnostizierte am 11. Oktober 2011 eine posttraumatische Belastungsstörung nach Überfall auf der Arbeitsstelle (ICD-10 F43.1) und eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Sie berichtete, die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Ihre Leistungsfähigkeit sei durch Ängstlichkeit und Depression stark reduziert. Für eine Wiedereingliederung in einem geeigneten Tätigkeitsfeld bestehe initial eine 20%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine Steigerung theoretisch möglich sei (Urk. 8/26/24-25).

E. 3.10

In ihrem Verlaufsbericht vom 20. Januar 2012 berichtete die nämliche Ärztin, die Behandlung stagniere über weite Strecken hin. Die Beschwerdeführerin ziehe sich immer

wieder zurück und gerate nur langsam aus einem Zustand der Hilflosigkeit. Zwecks Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung finde aktuell die Psychotherapie bei einer delegierten Psychologin statt. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund von Ängstlichkeit und Depression stark reduziert. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht zumutbar. In einem geeigneten Tätigkeitsfeld bestehe initial eine Arbeitsfähigkeit von 20 %. Eine Steigerung sei theoretisch möglich (Urk. 8/25/1-6 S. 4).

E. 3.12

Was die diagnostische Beurteilung betrifft, schloss sich Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmedizin SUVA, am 13. August 2012 (Urk. 8/38/2-13 = Urk. 20/3) der Meinung des Psychiaters C.____ an. In der Symptomatik und in den Befunden habe sich über die Zeit hinweg eine gewisse Verlagerung des Schwerpunkts hin zu einem eher angstbetonten klinischen Bild ergeben. Bis zum heutigen Tag würden Symptome aus den drei Hauptbereichen Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit bestehen. Parallel dazu habe sich aber in erster Linie auf der körperlichen Ebene eine starke Chronifizierung der begleitenden Schmerz- und der vegetativen Problematik ergeben, die bisher therapeutisch praktisch nicht beeinflusst werden können. Es würden auch die Symptome zunehmen, die im Rahmen einer Angststörung verstanden werden könnten (S. 9 f.). Im Weiteren hätten sich die Bewältigungsstrategien der Beschwerdeführerin verstärkt und der Versuch, alle möglichen, die Erinnerung und das Wiedererleben hervorruhenden Auslöser zu vermeiden, scheine stärker denn je zu sein. Dies sei prognostisch sehr ungünstig. Der Rückzug in die Passivität und der Verzicht auf eigene Ressourcen, vor allem hinsichtlich der Sozialkontakte, könne auch als beginnende dauerhafte Modifikation der Persönlichkeit nach schwerem Trauma gedeutet werden. Zusammenfassend – so Dr. F.____ weiter – handle es sich durchwegs um Symptome und Befunde, die oft nach Psychotraumata auftreten würden, deren genaue diagnostische Zuordnung aber das Vorliegen von vollständigen, aktuellen Untersuchungsergebnissen erfordern würden. Der Verlauf werde sicher auch von verschiedenen unfallfremden Faktoren (Persönlichkeit, Migrationserfahrung, etc.) negativ beeinflusst. Es handle sich um eine etwas verfahrenere Situation mit einer klaren Tendenz zur Chronifizierung und einer damit verbundenen therapeutischen Ohnmacht. Worin die Ursache dieser Stagnation und Chronifizierung liege, bleibe unklar (S.

E. 3.13

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin den Abschlussbericht über die Behandlung vom 3. Mai bis am 16. Dezember 2012 in der Sprechstunde für Belastungsreaktionen des G.____ vom 19.

Februar 2013 (Urk. 20/5) ein. Darin diagnostizierte Dr. med. I.____, Oberärztin, eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine schwere depressive Episode. Die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Konzentration sei deutlich reduziert. Es bestehe eine Grübelneigung mit Gedankenkreisen, jedoch keine inhaltlichen Denkstörungen. Die Versicherte leide unter Wahrnehmungsstörungen im Sinne von Pseudohaluzinationen. Manchmal schlage sie sich und rupfe an ihrer Haut, um ihren Körper zu spüren. Ihre Stimmung sei erheblich gedrückt. Es bestehe Freud- und Lustlosigkeit und sie weine häufig. Sie liege morgens wie gelähmt im Bett. Die Beschwerdeführerin habe ausgeprägte Ängste, allein irgendwo hinzugehen. Sie verlasse die Wohnung nur in Begleitung ihres Ehemanns. Psychomotorisch sei sie

ruhig. Die Mimik sei maskenhaft. Es sei – so die nämliche Ärztin weiter – versucht worden, im Rahmen einer traumafokussierten Therapie expositionell, sowohl imaginativ und in vivo, zu arbeiten. Es seien einige Expositionssitzungen durchgeführt worden. Die Versicherte schreke jedoch immer wieder davor zurück und habe sich nur schwer auf die Expositionen einlassen können. Expositionen in vivo, zum Beispiel alleine einkaufen gehen, seien von ihr nicht angenommen worden und nicht durchführbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe eine Atemübung nach Prolonged

Exposure zur Entspannung sowie die Gedankenstopp-Methode erlernt. Sie habe angegeben, dass ihr die Gespräche gut tun und sie entlasten würden. Die psychotraumatologische Symptomatik habe jedoch persistiert und es sei nur eine geringfügige Symptomreduktion eingetreten. Es habe zudem eine Körpertherapie vereinbart werden können. Diese sei von der Beschwerdeführerin gut aufgenommen worden und stelle einen neuen Zugang zu ihrem Erleben dar (S. 3 f.). Seit dem Unfall sei die Versicherte bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

E. 3.14

Med. pract. C. ___ bestätigte anhand des Berichts über die Traumasprechstunde und unter Berücksichtigung der bisherigen psychiatrischen Beurteilungen sowie des Gutachtens von Dr. Y. ___ am 5. April 2013 das Weiterbestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer depressiven Störung kombiniert. Aus erst genanntem Bericht lasse sich ableiten, dass die traumaspezifische Therapie nicht zwangsläufig in der Muttersprache der Beschwerdeführerin durchgeführt worden sei und die aktuell verordnete Medikation mit zwei verschiedenen Antidepressiva nicht ausreichend genug sei, um sowohl die ängstliche, depressive und traumaspezifische Symptomatik zu lindern. Diesbezüglich empfehle sich das kontrollierte Aufdosieren zumindest eines der Präparate auf eine maximale Dosierung. Gegebenenfalls biete sich eine Umstellung auf eine andere Medikation mit evidenzbasierter Wirksamkeit auf die beschriebene schwere Symptomatik an. Das aktuelle Behandlungssetting sei als geeignet zu erachten. Unabhängig der erwähnten Diagnose und der Behandlungsumstände sei anhand des gesamten Verlaufs gegenwärtig von einer Chronifizierung und Unveränderlichkeit der beschriebenen Symptomatik auszugehen. Die fehlenden intrapsychischen Ressourcen, die Sprachbarriere zusammen mit der erheblichen ängstlichen und traumatischen Symptomatik würden die Durchführung einer erfolgsversprechenden (teil-)stationären Behandlung verunmöglichen. Ausser der Durchführung einer Medikationsumstellung und der körperorientierten Therapie würden sich keine weiteren Massnahmen empfehlen lassen (Urk. 20/4 S. 3 f.). 4.

E. 4

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Aufgrund der unter Bezug der Akten der Unfallversicherung erfolgten Abklärungen ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit 13. Dezember 2010 in ihrer angestammten wie auch in einer behinderungsangepassten Arbeit vollständig arbeitsunfähig sei. Gestützt auf die psychiatrische Expertise von Dr. Y. ___ vom 4. Mai

2012

nahm sie sodann eine Besserung des (psychischen) Gesundheitszustands an und hielt ab 30. April 2012 die bisherige Tätigkeit wieder zu 50 % und eine Verweistätigkeit zu 100 %

zumutbar (Urk. 2 S. 2). Der Gutachter diagnostizierte eine in Remission befindliche posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und akzentuierte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73). Er attestierte in einer dem psychischen Leiden optimal angepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Betreffend das Tätigkeitsprofil führte er aus, günstig seien eine geregelte Arbeitszeit, wenig Kundenkontakt sowie eine wohlwollende und konfliktarme Arbeitsatmosphäre ohne permanenten Zeit- und Termindruck. Die emotionale Belastbarkeit sei bei der Beschwerdeführerin noch reduziert. Auf grund der Psychopharmaka bestehe derzeit eine Antriebsminderung und Verlangsamung des Arbeitstempos (Urk. 8/33 S. 10 und S. 14). Vor diesem Hintergrund

ist fraglich, ob die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vollzeitlich und ohne Leistungsminderung umzusetzen vermag. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin wenige Tage nach der Begutachtung eine Behandlung im G.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, begonnen hatte und bis am 16. Dezember 2012 die Sprechstunde für Belastungsreaktionen besuchte.

In ihrem Bericht von 19. Februar 2013 nannte Dr. I.____ als Diagnose eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine schwere depressive Episode. Sie attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 20/5), wobei unklar

ist, ob die betreffende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch eine leidensangepasste Tätigkeit umfasst. Die Beurteilungen der Dres. Y.____ und I.____ stehen damit zumindest vordergründig

im Widerspruch zueinander. In diesem Zusammenhang aber

fragt sich, ob nach der psychiatrischen Begutachtung durch Dr.

Y.____ im April 2012 eine Verschlechterung der psychiatrischen Situation eingetreten ist und die betreffenden ärztlichen Einschätzungen nur scheinbar unvereinbar sind.

E. 4.2

Nach dem Gesagten lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte nicht zuverlässig beurteilen, ob und gegebenenfalls inwieweit die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen in

invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise in der Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war.

Da nach der gesetzlichen Konzeption dem Versicherungsträger die Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) obliegt und es entsprechend dem Untersuchungsgrundsatz in erster Linie Sache der zuständigen Behörde ist, die materielle Wahrheit zu ermitteln (Urteil des schweizerischen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 478/04 vom 5. Dezember 2006 E.

2.2.4.3), ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. hierzu auch BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen), damit sie entsprechende Abklärungen treffen und

hernach über den Rentenanspruch neu befinde. Weil nicht gänzlich auszuschliessen ist, dass die zu tätigen Abklärungen zu neuen Erkenntnissen führen, die auch den Anspruchszeitraum von Dezember 2011 bis Juli 2012 umfassen, besteht im vorliegenden Verfahren kein Anlass, über die Zusprache einer ganzen Rente während dieser Zeit zu entscheiden.

Anzumerken ist, dass im vom Bundesgericht am 3. Juni 2015 gefällten

Leitent scheid BGE 141 V 281 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht als ein mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vergleichbares psychosomatisches Leiden genannt wurde

(E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) ; dies einer defizit- und ressourcenorientierten Beurteilung des Leistungsvermögens indes nicht entgegenstehen dürfte. 5. 5.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat sodann ausgangsgemäss gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des Prozesses und nach Einsicht in die Honorarnote (Urk. 28) unter Berücksichtigung auch der vor

5. Dezember 2013 angefallenen Aufwendungen bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer; bis 31. Dezember 2014) respektive Fr. 220.00 (zuzüglich Mehrwertsteuer; ab 1. Januar 2015) und einer Entschädigung von Fr. 0.50 pro kopierter Seite auf Fr. 2'500.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne 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.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Felix Barmettler, Küssnacht am Rigi, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Felix Barmettler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 27 und einer Kopie von Urk. 28 - 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 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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Locher

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

f.). Es scheint daher nicht nur notwendig, sondern geradezu dringlich, die Gesamtsituation in der Traumasprechstunde des G. ___ oder der Klinik H. ___ vorzustellen (S. 12).

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