

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00920 vom 24. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00920

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00920 du 24 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00920 del 24 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1971 geborene X.____, Mutter von zwei Kindern (geboren 2001 und 2002) war zuletzt als Hilfsarbeiterin (Vorverpackung) bei der Y.____ AG angestellt (Urk. 8/8/1 , Urk. 8/11). Im Oktober 2010 erlitt die Versicherte einen Berufsunfall (Schachteln auf den Kopf gefallen), woraufhin sie vermehrt Schwindel, Schwäche in den Beinen sowie Schlafstörungen beklagte (Urk. 8/8/2 , Urk. 8/15/3 , Urk. 8/15/6, Urk. 8/18/1) . Per

E. 1.1

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

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.3

Eine fach ärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen ; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten

Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde dar stellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

E. 1.4

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente , wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente , wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.5

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. 1.6

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 anzu geben, 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.). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, es sei anlässlich der Untersuchung vom 17. September 2012 durch den RAD eine mittelgradige depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert worden. Diese Beschwerdebilder

würden grundsätzlich als überwindbar gelten. Die Voraussetzungen für die Annahme einer ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit seien vorliegend nicht erfüllt. Sodann seien den Akten keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Bei alledem würden aus rechtlicher Sicht keine hinreichenden Gründe dafür vorliegen, um anzunehmen, ihre psychischen Ressourcen erlaubten es der Beschwerdeführerin nicht, ihre bis anhin ausgeübte Tätigkeit weiterhin in vollem Umfang auszuüben. Damit liege keine länger dauernde oder bleibende Erwerbsunfähigkeit im invaliden versicherungsrechtlich relevanten Sinne vor,

weshalb das Leistungsbegehren abzuweisen sei (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich gestützt auf den beschwerdeweise eingereichten Bericht von Dr. B.____ vom 16. September 2013 (Urk. 3/3) demgegenüber auf den Standpunkt, sie leide an einer mindestens mittelgradig bis zeitweilig sogar schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Da für ihre Bewegungsstörungen kein pathologisch-anatomisches Korrelat gefunden worden sei, habe Dr. B.____ eine dissoziative Bewegungsstörung diagnostiziert, was denn auch vom Gutachter Dr. Z.____ übernommen worden sei (Urk. 1 S.

5).

Auch im

beschwerdeweise eingereichten Bericht der Klinik C.____ vom 8. Februar 2013

(Urk. 3/4) seien als Diagnosen eine mittelgradig depressive Episode sowie eine dissoziative Bewegungsstörung festgehalten. Sodann seien sich die involvierten Psychiater darin einig gewesen, dass sie seit März 2011 an einer mindestens mittelgradigen, zuweilen schwergradigen depressiven Erkrankung leide. Bezogen auf den jeweiligen Beurteilungszeitpunkt seien zudem alle psychiatrischen Fachärzte von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Arbeitstätigkeiten ausgegangen. Der RAD-Psychiater habe die mittelgradige depressive Episode im September 2012 nicht als komorbide psychiatrische Erkrankung eingestuft, obschon die Arbeitsunfähigkeit auch nach seiner Einschätzung schon seit eineinhalb Jahren bestanden habe (Urk. 1 S. 6). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung handle es sich bei einer depressiven Episode mittleren Grades definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauerten und länger dauernde Störungen unter F 33 (rezidivierende depressive Störung) oder F 34 (anhaltende affektive Störungen) zu subsumieren seien. Rechtsprechungsgemäss

hätten der RAD-Psychiater sowie Dr. B.____ die Diagnosen entsprechend anpassen müssen. Den Berichten von Dr. B.____ sei immerhin zu entnehmen, dass es sich inzwischen um ein chronifiziertes psychisches Leiden mit schlechter Prognose handle. Die allfällige Ungenauigkeit in der Diagnosestellung dürfe ihr (der Beschwerdeführerin) jedenfalls nicht angelastet werden.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sei von einer invalidisierenden Krankheit auszugehen. Es bestehe daher ein Anspruch auf eine

ganze Invalidenrente (Urk. 1 S. 7.). 3.

Strittig und prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente hat. 4. 4.1

Der seit März 2011 (Urk. 8/15/9) behandelnde Hausarzt Dr. med. D.____ , Fach arzt FMH für Allgemeine Medizin, führte im Bericht vom 3. Juni 2011 zuhanden der Krankentaggeldversicherung als Diagnose S schwächezustände unklarer Genese auf (Urk. 8/15/11) . Es sei diesbezüglich eine spezialärztliche (kardiologisch, neurologisch) Untersuchung durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 22. März 2011 bis auf weiteres

arbeitsunfähig. Zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seien weitere Abklärungen nötig (Urk. 8/15/11). 4.2

Im Bericht vom 21. Mai 2012 zuhanden der IV-Stelle hielt der seit Januar 2012 behandelnde Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine mittel gradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom ICD F 32.21 sowie (2) den

Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörungen F 44.4 mit Abasie und Astasie fest,

beides bestehend seit dem 22. März 2011 (Urk. 8/14/1). Die Beschwerdeführerin leide häufig an Abasie und Astasie , lasse oft Gegenstände fallen und sei kraft-, antriebs- und freudlos. Letzteres wirke sich verheerend bei der Arbeit aus (Urk. 8/14/2). Die Prognose sei schlecht, zumal die Beschwerdeführerin mit ihrem Arbeitsleben abgeschlossen habe. Weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit seien

ihr zumutbar (Urk. 8/14/2f.). 4.2

Am 17. Oktober 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Krankentaggeldversicherung in der Klinik A.____ , Zentrum für Rehabilitation und Nachbehandlung, vertrauensärztlich

untersucht. Ausserdem wurde die Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2011 im Auftrag der Klinik A.____

von Dr. med. Z.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie , psychiatrisch beurteilt (Bericht von Dr. Z.____ an die Klinik A.____ vom 18. Oktober 2011 [Urk. 7/15/3-5]).

Die Ärzte der Klinik A.____

diagnostizierten in ihrem Bericht vom

31. Oktober 2011 , visiert von Dr. med. E.____ , Oberarzt und Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation , und F.____ , Chef arzt und Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbewertung eine mindestens mittel schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11, Urk. 8/15/7) . Gemäss psychiatrischem Gutachten von Dr. Z.____ vom 18. Oktober 2011 müsse differenzialdiagnostisch eine konversiv-somatisierende Komorbidität erwogen werden. Diese sei indes schwer vom kulturspezifischen Depressionserleben abzugrenzen (Urk. 8/15/4) . Die somatischen und konversiven Symptome und Erlebnisweisen schienen bei der Beschwerdeführerin dem Ausdruck ihres Leidens zu dienen und der depressiven Symptomatik einen sozial akzeptierbaren Gehalt zu geben. Sodann bestehe eine Mehrfachbelastung als Hausfrau/Mutter und vollzeitlich schichtarbeitende Fabrikarbeiterin. Die angeblich vom Hausarzt durchgeführten medizinischen Abklärungen (interdisziplinär/neurologisch/kardiologisch) hätten kein organisches Substrat für den Schwindel und die

Schwächezustände der Beine ergeben. Beim genaueren Befragen habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass ihre Beine ihr nicht mehr gehorchen würden und dass sie diese nicht mehr bewegen könne. Beim vertieften Explorieren komme der Verdacht auf Inkonsistenzen auf, indem sich die Beschwerdeführerin, trotz ihrer schwachen und gelähmten Beine,

mit Hilfe noch bewegen könne. Die Beschwerdeführerin habe das Vollbild eines depressiven Symptoms mit gedrückter Stimmung, Antriebsmangel, Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen, Zukunftsangst und überwertig anmutendem schuldhaften Erleben gezeigt. Die Beschwerdeführerin benötige eine fachärztliche psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung mit angepasster antidepressiver Medikation. Weiter benötige sie Informationen über die Art ihrer Erkrankung und vor allem darüber, dass es für den Schwindel und die Beinlähmung keine organische Ursache gäbe und dass diese Symptome mit erfolgreicher Behandlung der depressiven Symptomatik mit grosser Wahrscheinlichkeit verschwinden würden (Urk.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

/18/5). 5.

5.1

Die IV-Stelle stützte ihren

ablehnenden Entscheid vom 10. September 2013 (Urk. 2 S. 2 , vgl. auch Stellungnahme des Rechtsdienstes der IV-Stelle vom 7. August 2013 , Urk. 8/29/2ff.) auf den psychiatrischen Untersuchungsbericht von RAD-Arzt Dr. G.____

vom 17. September 2012 ab. 5.2

Nach Art. 49 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs.

Gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV führen die RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. Den RAD-Berichten, die zu den sogenannten versicherungsinternen Beurteilungen gehören, kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Beim Arzt des RAD, welcher die Beschwerdeführerin untersuchte, handelt es sich um einen psychiatrischen Facharzt. Sein Bericht beruht auf der Untersuchung vom 3. August 2012, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden. Die Beurteilung ist schlüssig und nachvollziehbar, weshalb – entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin – auf die von Dr. G.____ gestellten Diagnosen abgestellt werden kann.

Im Übrigen steht

seine

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht in Widerspruch zur Beurteilung durch den Rechtsdienst der IV-Stelle (vgl. Urk. 8/29/2ff.). Steht doch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. G.____ im Kontext seiner

Ausführungen zu den Foersterkriterien, welche er weitestgehend verneinte, sowie seiner Feststellung, wonach der Beschwerdeführerin psycho- sowie pharmakotherapeutische

Massnahmen zur Überwindung ihrer Leiden

zuzumuten seien.

Infolgedessen

schloss

Dr. G.____, „gegenwärtig“ bestehe eine 100%ige Unfähigkeit. Vor diesem Hintergrund verneinte er sinngemäss eine invalidenrechtlich relevante andauernde Arbeitsunfähigkeit.

Ungeachtet dessen ist darauf hinzuweisen, dass der Beurteilung des Rechtsdienstes der IV-Stelle eine andere Bedeutung zukommt und die vermeintlich abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt nicht in Frage zu stellen vermag

(vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 5.3

Zusammen mit der IV-Stelle kann sodann festgehalten werden, dass es bei den Diagnosen im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik keine relevanten Abweichungen gab. So diagnostizierte Dr. G.____ eine mittelgradig depressive Episode, währenddessen

Dr. B.____

von einer mittelgradig bis schweren depressiven Episode (ICD F 32.11 [Urk. 8/14/1, Urk. 3/3 S. 2]) und Dr. Z.____

mit den Ärzten der Klinik A.____

von einer mindestens mittelschweren Episode (F

32.11, [Urk. 8/15/4, Urk. 8/15/7]) ausgingen. Psychiatrische Explorationen sind von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei, weshalb verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009 in Sachen A., 8C_694/2008, Erw. 5.1). Insofern lässt sich die (diskret) unterschiedliche Qualifikation der depressiven Episode erklären.

Demgegenüber erscheint

die Diagnose von Dr. B.____

insoweit inkohärent, als dass er zwar eine mittelgradig bis zeitweilig schwere depressive Episode festhielt, gleichzeitig aber

einzig auf die ICD

E. 10

Klassifikation F

32.11 verwies (vgl. F

32.2 oder F

32.3 für schwere depressive Episoden; vgl. ICD-10 F32 ; Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 169 f.). Darüber hinaus hat das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Wertung der depressiven Episode (mittelschwer respektive mittelschwer bis zeitweilig schwer) können sich hier zwanglos aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits erklären (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2009 vom 17. November 2009 E. 2.2 mit Hinweisen).

5. 4

Nach der Rechtsprechung werden mittelgradige depressive Episoden

- selbst wenn

sie vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden sind -

regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines selbstständig anhaltenden Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen ; vgl. auch Urteil

9C_856/2013 vom 8.

Oktober 2014 E. 5.1.2).

Im Einklang

mit dieser Rechtsprechung

gingen die Ärzte der Klinik A.____, Dr. Z.____

sowie Dr.

G.____ ungeachtet ihrer Diagnosen einhellig davon aus, die festgestellte depressive Symptomatik sei mit entsprechender Behandlung überwindbar (Urk. 8/15/4f., Urk. 8/15/7, Urk. 8/18/5). Daran vermag auch die schlechte Prognose von

Dr. B.____

im Bericht vom 21. Mai 2012, welche er damit begründete, die Beschwerdeführerin habe mit dem Arbeitsleben abgeschlossen,

nichts zu ändern (Urk. 8/14/2). Das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin ist nicht massgebend.

Insbesondere ist eine Invalidität nicht gegeben, wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht durch einen Gesundheitsschaden, sondern durch persönliche Gründe wie etwa mangelnder Arbeitswille

erklärt wird (ZAK 1964 S.

299) . Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf den neuerlichen Bericht von Dr. B.____ vom 16. September 2013 vorbringt , die mittlerweile chronifizierte depressive Episode sei mit mehreren Antidepressiva in hinreichender Dosierung anzugehen versucht worden (Urk. 1 S. 6, Urk. 3/3 S. 2) , so ist dies aufgrund der Aktenlage nicht ausgewiesen. Im Gegenteil wurde die Beschwerdeführerin noch Ende 2011 offenbar allein mit pflanzlichen Arzneimitteln gegen Ver Stimmungszustände (Rebalance) behandelt (Urk. 8/15/6). Im Rahmen der

von Dr. med. H.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin , veranlassten Blutanalyse durch die I.____

vom 3. August 2012 konnte sodann einzig der Wirkstoff Duloxetin

(Resultat: 10 ug /l

bei Referenzwert 30 -120) nachgewiesen werden (Urk. 8/17).

Soweit die Beschwerdeführerin mit dem Bericht von Dr. B.____ vom 16. September 2013 schliesslich

neue Tatsachen vorbringen will, ist sie damit auf eine Neuanschuldung zu verweisen. 5.5

Aufgrund der Aktenlage ist erstellt und auch unbestritten, dass sich im Rahmen der somatischen Beurteilungen keine objektivierbaren anatomischen Befunde und somit kein organisches Korrelat für den beklagten Schwindel und die Schwächezustände der Beine ergaben (Urk. 8/15/4, Urk. 8/15/6f. , Urk. 8/15/11).

Dr. G.____ diagnostizierte diesbezüglich eine Somatisierungsstörung . Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, Dr. B.____

habe eine dissoziative Bewegungsstörung diagnostiziert, was auch von Dr. Z.____ übernommen worden sei. Bei der konversiv-somatisierenden Komorbidität handle es sich lediglich um einen andern Begriff für die dissoziative Bewegungsstörung. Diese wirke sich neben der mittlerweile

chronifizierten depressiven Episode ganz erheblich limitierend auf ihren Aktionsradius und natürlich auch auf ihre Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 1 S. 5f.) .

Festzuhalten ist zunächst , dass die von Dr. Z.____

erwogene konversiv-somatisierende Komorbidität im Bericht der Klinik A.____ vom 31. Oktober 2011 keinen Einzug unter die interdisziplinär gestellten

Diagnosen fand (Urk. 8/15/7). Sodann mag Dr. Z.____ zwar eine konversive-somatisierende Komorbidität erwogen haben , nicht ohne jedoch gleichzeitig

einzuräumen, dass diese gegenwärtig nur schwer vom kulturspezifischen Depressionserleben der Beschwerdeführerin abzugrenzen sei (Urk. 8/15/4).

Dr. B.____

schliesslich

nennt lediglich eine Verdachtsdiagnose (Urk. 8/14), ohne dass er diese aufgrund objektiver Befunde

diskutiert, weshalb sie nicht nachvollzogen werden kann. Im Bericht zuhanden der Beschwerdeführerin vom 16. September 2013 stützt sie sich denn auch hauptsächlich auf deren

sowie die Angaben ihres Ehemannes und führte im Übrigen einzig aus, er habe eine dissoziative Bewegungsstörung diagnostiziert, da für die Bewegungsstörungen kein pathologisch-anatomisches Korrelat bestehe. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unerheblich scheint, ob die Schwächegefühle in den Beinen und der Schwindel unter der eigenen Diagnose dissoziative Bewegungsstörung abgehandelt oder mit den ebenfalls geklagten, organisch nicht erklärbaren vegetativen Symptomen unter die Diagnose Somatisierungsstörung zusammen gefasst werden. Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S.

150, I 9/07 E. 4 am Ende)

und Konversionsstörungen /dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet.

5. 6

Selbstredend ist auch das beschwerdeweise eingereichte Gesuch um Kostengutsprache der Klinik C.____, Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation, vom 8. Februar 2013 zuhanden von Dr. B.____ (Urk. 3/4)

seinem Wesen und seiner Begründungsdichte nach nicht als Entscheidungsgrundlage für die vorliegenden ersessierenden Fragen geeignet. 5. 7

Mit Bezug auf den am 25. Februar 2014 seitens der Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 29. Januar 2014 (Urk. 11) ist schliesslich festzuhalten, dass sich dieser auf die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. Dezember 2013 bis 21. Januar 2014 bezieht, mithin auf einen Sachverhalt, der sich nach Erlass der angefochtenen Verfügung verwirklicht hat. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Soweit die Beschwerdeführerin neue Tatsachen oder eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nach Erlass der angefochtenen Verfügung geltend machen will, ist sie

daher auf eine Neuanmeldung zu verweisen. Soweit im fraglichen Austrittsbericht mit den eingangs aufgeführten Diagnosen

auf die vorbestehende Schwindel- und Depressionssymptomatik sowie Beinschwäche Bezug genommen wird, so sind dem Bericht im Weiteren keine neuen Erkenntnisse

zu entnehmen. Vielmehr beschreibt der Austrittsbericht seinem Wesen nach in erster Linie den Verlauf der Depressionsbehandlung, wobei die diagnostizierte Depression nebst fehlen der Begründung auch nicht

hinsichtlich ihrer Schwere qualifiziert wurde. Weiter ergibt sich nicht schlüssig, inwiefern und inwieweit das Depressionserleben von der

diagnostizierten

dissoziativen Bewegungsstörung

und diese wiederum

von der gleichzeitig diagnostizierten Somatisierungsstörung

abzugrenzen

ist, mithin, ob der

dissoziativen Bewegungsstörung eine selbstständige Bedeutung zukommt. Eine Behandelbarkeit wird grundsätzlich jedoch klar bejaht.

Zusammenfassend liegen - wie bereits (E. 5.2) erwogen - keine Anhaltspunkte dafür vor, die fachärztliche

Beurteilung von Dr. G.____, wonach

bei der Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich seit März 2011 eine mittelgradig depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung vorliegen (Urk. 8/18/4),

in Zweifel zu ziehen. 5. 8

Mit Verweis auf die erläuterte Rechtslage (E. 1.3) begründet eine diagnostizierte Somatisierungsstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass sie oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind.

Vorliegend sind indes keine Umstände ersichtlich, welche eine Ausnahme von

der vermuteten Überwindbarkeit zu begründen vermöchten: Zunächst liegt in der mittelgradig depressiven Episode keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor (E. 5.4). Sodann konnte im Rahmen diverser somatischer Untersuchungen kein organisches Korrelat für den beklagten Schwindel und die Schwächezustände der Beine festgestellt werden (Urk. 8/15/11, Urk. 8/15/4, Urk. 8/15/6f.), womit keine objektivierbare körperliche Begleiterscheinungen besteht. Auch

ein ausgiebiger sozialer Rückzug aus allen Belangen des Lebens ist zu verneinen. Hielt doch Dr. G.____ in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 17. September 2012 fest, die Beschwerdeführerin sei trotz den Beschwerden zweifach in den Ferien gewesen und pflege weiterhin ihre sozialen Kontakte (Urk. 8/18/4). Von einer regelmässigen und konsequent durchgeführten Psychotherapie kann mit Blick auf die

im Zeitpunkt der Beurteilung durchgeführte

ambulante psychiatrische Behandlung im Rhythmus von zwei- bis dreiwöchigen Konsultationen

(Urk. 8/18/5) nicht die Rede sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die zumutbaren Behandlungsmassnahmen angesichts der einhellig festgestellten Therapiebedürftigkeit respektive der empfohlenen ambulanten und/oder stationären psycho- und pharmakotherapeutischen Massnahmen (Urk. 8/14/2, Urk. 8/15/5, Urk. 8/15/7f., Urk. 8/18/5) nicht ausgeschöpft sind. Darüber hinaus berichtete n

sowohl Dr. Z.____

als auch

Dr. G.____

von Inkonsistenzen und Aggravation (Urk. 8/15/4, Urk. 8/18/4). Bei alledem kann schliesslich offen gelassen werden, ob ein primärer Krankheitsgewinn vorliegt.

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, ihre psychischen Leiden zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

Der angefochtene Entscheid erweist sich als richtig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen.

Ausgangsgemäss ist diese 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: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 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 HurstHediger

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