

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00339 vom 26. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00339

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00339 du 26 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00339 del 26 maggio 2015

Erwägungen

E. 1.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.2

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

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

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. 1.5

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

Be richte 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 notwendig 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

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, aus medizinischer Sicht lasse das aktuelle Gutachten von Dr. C.____ im Vergleich zum MEDAS-Gutachten keine deutliche Verschlechterung des Psychostatus erkennen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen diagnostizierten Gesundheitsleiden in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei beziehungsweise gewesen sei. Jedoch handle es sich hierbei um keinen Gesundheitsschaden, welcher eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Einschränkung im Erwerbs- und Aufgabenbereich begründe. Bei der Beschwerdeführerin dominierten psychosoziale Belastungsfaktoren das Vorliegen der gestellten Diagnosen. Eine schwere Depression sei aufgrund der Aktivitäten der Beschwerdeführerin, wie beispielsweise Verlassen des Hauses für Arzttermine und Einkäufe, Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln, Aufräumen, tägliches Kochen, Waschen und Bügeln nicht nachvollziehbar (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin gehe mittlerweile auch davon aus, dass sie bei Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre. Im A.____ -Gutachten im Jahr 2009 sei ihr eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Zu einer Rentenzusprache sei es damals nur wegen der Statusfrage nicht gekommen. Es sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bei Gesundheit ausgegangen worden. Wenn nun der Status als Vollerwerbstätige feststehe und die Arbeitsfähigkeit gestützt auf das A.____ -Gutachten 50 % betrage, resultiere daraus ein Anspruch auf mindestens eine halbe Rente. Darauf sei die Beschwerdegegnerin in ihrer Begründung nicht eingegangen. Sodann habe Dr. C.____ in seinem Gutachten zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen und ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es sei unverständlich, wieso und mit welchen Argumenten die Beschwerdegegnerin vorliegend eine Überwindbarkeitsrechtsprechung anwenden wolle, welche eine medizinisch ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit wieder rechtlich vernichte. Es liege ein verselbständigter Gesundheitsschaden vor (Urk. 1 S. 5 ff.).

3. 3.1

Im A.____ -Gutachten vom 19. April 2009, welches dem ersten rentenabweisenden Entscheid vom 8. Juli 2010 (Urk. 8/49) zugrunde lag, wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/30/24): - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2), mit/bei: - ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - Rezidivierende belastungsabhängige lumbosakrale Beschwerden, mit/bei - Ligamentose L5/S1; - ohne degenerative Befunde radiologisch, respektive Hinweise auf eine radikuläre resp. facettengekennzeichnete Schmerzsymptomatik; - anamnestisch zeitweise Zervikalgien mit/bei: - Streckhaltung mit Kyphosierung zwischen C4 bis C6; - zurzeit schmerzfreie HWS; - diskrete Restbeschwerden im Bereich des linken Schultergelenks mit/bei: - Status nach SLAP- Repair bei SLAP II-Läsion am 28.8.07; - vereinzelt Tenderpoints im Schultergürtelbereich; - anamnestisch beginnendes Lungenemphysem mit/bei: - Nikotinabusus von ca. 20 pack years - computertomographisch bullösen Lungenveränderungen bds. - mittelgradig eingeschränkter Diffusionskapazität mit leichter Partialinsuffizienz; - Verdacht auf Panikstörung (ICD-10: F41.0). Im psychiatrischen Teilgutachten

des A.____ wurde ausgeführt, im Rahmen der Exploration habe sich eine deutlich depressive Beschwerdeführerin mit entsprechend eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit gezeigt. Ein erheblicher Leidensdruck sei spürbar, die Beschwerdeführerin wirke im Rahmen der Exploration durchwegs authentisch und auch emotional tangiert. Eine Tendenz zur Symptomausweitung oder Selbstlimitierung sei nicht erkennbar. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch spürbar beeinträchtigt. Das Antriebsverhalten sei leicht gesteigert, psychomotorisch wirke die Beschwerdeführerin unruhig-agitiert. Es bestünden ausgeprägte psychosoziale Belastungsfaktoren (schwerstbehindertes 3-jähriges Kind, Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit vom Sozialamt, Drogenprobleme des Ehemanns sowie Betreibungen in Höhe von Fr. 20'000.-- bis 30'000.--) und verschiedene traumatisierende Erlebnisse in der nahen Vergangenheit (Abort von Zwillingen im 3. Schwangerschaftsmonat 2004 sowie Tod der Tochter in der 6. Lebenswoche 2005 [richtig 2006]). Die Beschwerdeführerin sei aktuell erheblich verunsichert und verängstigt aufgrund des Gesundheitszustands (nächtliche Atemaussetzer) ihres 3-jährigen Sohnes. Im Rahmen dieser ausgesprochen belastenden Gesamtsituation habe sich eine erhebliche Angst und depressive Störung entwickelt, mit Verdacht auf gelegentlich auftretende Panikattacken. Die Beschwerdeführerin neige aufgrund der symbiotischen Beziehung zu ihrem Sohn zu wiederholter Erschöpfung und psychischer Dekompensation (Urk. 8/30/23). Im rheumatologischen Teilgutachten

des A.____ wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation bedingt durch die volle Pflegebedürftigkeit ihres 3-jährigen Kindes, aber auch durch die Drogenabhängigkeit mit Arbeitslosigkeit ihres Gatten. Die lumbosakralen Beschwerden seien durch eine einerseits muskulär ungenügende Konditionierung, diskrete Adipositas und andererseits etwas steilem Kreuzbeinbasiswinkel mit Hyperlordosierung

lumbosacral erklärt. Deshalb könne es unter anhaltenden Belastungen (Pflege des Kindes) zu Beschwerden kommen. Bisher sei aber weder eine Physiotherapie durchgeführt worden noch hätten radiologisch eingehende Abklärungen stattgefunden. Der aktuell gemäss Beschwerdeführerin schlechten Situation werde

mit moderatem Gebrauch von Voltaren 50 100 mg täglich begegnet, sodass bei Vermeiden von erheblichen und repetitiv rückenbelastenden Arbeiten weder ein invaliditätswürdiges Leiden vorliegt, noch eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (Urk. 8/30/36). Bezüglich Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer und internistischer Sicht bezogen auf das Arbeitsprofil sowohl für die bisherige als auch für eine entsprechende Verweistätigkeit voll arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell jedoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl für die bisherige als auch für eine entsprechende Verweistätigkeit (Urk. 8/30/29-30). 3. 2

Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelnde Ärztin der Beschwerdeführerin seit 2006 (vgl. Urk. 8/16/1 und Urk. 8/50/5), diagnostizierte in ihrem Bericht vom 8. Juni 2012 eine mittelgradige depressive Episode. Sie hielt fest, die Beschwerdeführerin habe seit Juli 2010 weiterhin unter depressiven Episoden gelitten, die sich auch unter medikamentöser Behandlung nicht verbessert hätten. Sowohl die tägliche Pflege des kranken Sohnes als auch die damit verbundene chronische psychische Belastung über Jahre hätten zu einer chronischen psychischen Traumatisierung geführt, von der sich die Beschwerdeführerin bis heute nicht habe erholen können. Als ihr Sohn dann im Jahr 2011 verstorben sei, sei es zu einem präpsychotischen Zustandsbild im Rahmen einer schweren depressiven Episode gekommen. Die Beschwerdeführerin sei nicht mehr in der Lage gewesen, ihren Haushalt zu besorgen oder sich adäquat um sich selbst zu kümmern. Einer stationären Behandlung habe sie erst nach längerem Zögern zugestimmt. In der Zeit vom 4. April 2012 bis am 30. April 2012 sei sie in der Psychiatrischen Klinik E.____ behandelt worden. Bei Austritt sei sie psychisch etwas konsolidierter erschienen, sei aber den psychisch belastenden Ereignissen der letzten Jahre weiterhin verhaftet geblieben. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Von der über Jahre andauernden psychischen Traumatisierung durch die jahrelange Pflege ihres schwerstbehinderten Sohnes habe sie sich bis heute nicht erholt. Es fehle ihr an intrapsychischen Kapazitäten, sich wieder konstruktiv in das normale Leben integrieren zu können.

Parallel zur psychischen Erkrankung bestünden neu internistische Erkrankungen in Form eines COPD und einer asthmatischen Erkrankung. In dieser Situation sei es sinnvoll, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Belastungsprüfung über mehrere Wochen zu evaluieren (Urk. 8/59). 3.3

Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik B.____ vom 5. April 2012, wo die Beschwerdeführerin vom 4. bis 30. April 2012 hospitalisiert war, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 8/61/8) : - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit/bei - psychosozialer Belastungssituation nach Tod des sechsjährigen Sohnes - Nikotinabusus - aktuell 15 Zigaretten/d, kumulativ ca. 30 PY Angaben über die Arbeitsfähigkeit sind dem Bericht nicht zu entnehmen. 3.4

Im Bericht der B.____ an die Beschwerdegegnerin vom 15. März 2013

wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 8/72/2): - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (Urk. 8/72/2): - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2) - Trichotillomanie (ICD-10: F63.3) - Asthma bronchiale Die Beschwerdeführerin sei

vom 3. Januar bis 6. Februar 2013 erneut in stationärer Behandlung auf der Spezialstation für Depressionen und Angststörungen gewesen. In dieser Zeit habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die posttraumatische Belastungsstörung führe zu den unterschiedlichsten Einschränkungen. Im Vordergrund stünden neben der affektiven Symptomatik und der inneren Unruhe insbesondere auch kognitive Einschränkungen, vor allem Konzentrationsstörungen. Die Symptome führten zu einer ausgeprägten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aktuell sei bei der Schwere der Erkrankung eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht möglich

(Urk. 7/72/4 ff.) . Die Beschwerdeführerin leide an einer schweren psychiatrischen Erkrankung, und eine abschliessende Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit zu geben, sei zum gegenwärtigen Standpunkt nicht möglich. Grundsätzlich könne aber davon ausgegangen werden, dass bei konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung durchaus mindestens eine teilweise Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne. Diesbezüglich sei aber in ca.

vier bis sechs Monaten mit der ambulanten Behandlerin Kontakt aufzunehmen (Urk. 8/72/1).

3.5

Dem im vorliegenden Rentenprüfungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr.

C.____ sind die folgenden

Diagnosen zu entnehmen (Urk. 8/ 75/13) : - Chronische Depression gegenwärtig schweren Grades (ICD-10: F32.2); - Panikstörung (ICD-10: F 41.0); - Adipositas;
- COPD.

Dr. C.____ führte aus, in den bisherigen psychiatrischen Berichten sei nicht berücksichtigt worden, dass die Beschwerdeführerin bereits in der Jugendzeit an einer pathologischen Depressivität gelitten habe, einer Dysthymie . Eine solche disponiere aber zu späteren chronischen depressiven Entwicklungen, besonders in Komorbidität mit Angststörungen. Deshalb greife im Gutachten des A.____ vom April 2009 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver und Angstsymptomatik zu kurz. Die Prognose sei zu günstig gestellt worden. Eine mittelschwere oder schwere depressive Störung sei selbst schon eine Stress krankheit , gleich wie eine posttraumatische Belastungsstörung. In der pathogenetischen Entwicklung sei es bei der Beschwerdeführerin um langdauernde, in allen Lebensphasen vorhandene emotionale Belastungen (psychischen Stress) und weniger um akute psychische Traumata gegangen. Die zusätzliche Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Bericht der B.____ vom März 2013 sei deshalb nicht nötig. Gesamthaft betrachtet habe die Beschwerdeführerin praktisch zeitlebens an depressiven Störungen gelitten, früher leichten bis mittleren Grades und heute, nach dem Tod des Sohnes im November 2011 und in Anbetracht der heutigen psychischen Belastungen und somatischen Begleiterkrankungen wie Adipositas und COPD, schweren Grades. Ausdruck davon sei, dass sich die psychiatrischen Hospitalisationen immer mehr gehäuft hätten (Urk. 8/75/13). Im Gutachten wurde weiter festgehalten, ein Bruder der Beschwerdeführerin leide an Schizophrenie und Drogensucht. Sie selbst habe in der Kindheit erhebliche emotionale Deprivationen und Belastungen erlebt. Als sie sieben Jahre alt gewesen sei, hätten sich die Eltern scheiden lassen. Beide Elternteile hätten in der Schweiz gelebt, sie sei in G.____ an verschiedenen Orten aufgewachsen und habe keine

emotionale Zuwendung erhalten. Sie habe übermässig Verantwortung für den Bruder getragen und sei als Arbeitskraft ausgenutzt worden. Sie habe an einer pathologischen Depressivität, Dysthymie mit Traurigkeit, Introversion, Freudlosigkeit, Bauchschmerzen, Selbstunsicherheit und Ängsten gelitten. Mit zwölf Jahren sei sie zu ihrem Vater in die Schweiz gekommen, wo sie dessen Alkoholabhängigkeit und den Streit mit der Stiefmutter mitbekommen habe. Sie sei durch die Stiefmutter vernachlässigt worden. Ihre Leistungsfähigkeit habe darunter gelitten, und die Depressivität habe sich fortgesetzt (Urk. 8/75/13). Mit 21 Jahren habe sie in zweiter Ehe einen ungelerten Mann geheiratet, der von G. ___ in die Schweiz gekommen sei und hier als Chauffeur und im Service gearbeitet habe. Erst mit den Jahren habe sie bemerkt, dass er drogensüchtig sei. Entsprechend ihrer depressiven Übergewissenhaftigkeit habe sie auch für ihn Verantwortung übernommen, sei aber zunehmend in Stress und Ängste geraten. Zusätzlich habe sie unter einem unerfüllten Kinderwunsch gelitten. 2004 habe sich ein Spontanabort einer Zwillingschwangerschaft ereignet. Im Februar 2006 habe sie Zwillinge geboren. Nach drei Wochen sei die Tochter an einer Darminfektion gestorben, nach weiteren zwei Wochen habe der Sohn eine Herpesinfektion mit schwerwiegenden neurologischen Störungen erlitten. Er sei schwer pflegebedürftig geworden. Die Beschwerdeführerin habe schon bei der Frühgeburt im sechsten Schwangerschaftsmonat Panikattacken erlitten. Ein agitierter depressiver Zustand mit Ängsten, Hyperventilationssyndrom, Muskelkrampfungen, Erschöpfung, Leeregefühl, Traurigkeit, Gereiztheit und Schlafstörungen habe sich nun fortgesetzt und bis heute angehalten. Die Beschwerdeführerin habe eine psychiatrische Behandlung bei Dr. D. ___ aufgenommen und bis heute beibehalten. Im April 2009 sei die Beschwerdeführerin im A. ___ begutachtet worden. Es sei ihr eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % bescheinigt worden. Prognostisch sei aber innerhalb einer Jahresfrist die Wiedererlangung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit erwartet worden. Diese Prognose erscheine aufgrund der oben genannten Argumente als zu optimistisch. Bereits im folgenden Juni sei es zu einer ersten psychiatrischen Hospitalisation während eines Monats gekommen mit der ärztlichen Prognose, dass kaum mit einer Besserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. 2009 hätten Rückenschmerzen eingesetzt, was retrospektiv als somatische Fixierung der Angststörung und Depressivität interpretiert werden könne. Auch die Angststörung habe sich immer mehr zu einer fixierten Panikstörung mit spontanen und mit agoraphobischen Panikattacken ausgebildet. Aufgrund dessen sei es zu ambulanten Notfallbehandlungen im H. ___ Spital wegen Hyperventilation, Atemnot, Verwirrtheit, Einnahme einer Tablettenüberdosis und Brustschmerzen gekommen. Panikattacken seien seither wiederholt in Läden, im Hauptbahnhof oder auf der Strasse aufgetreten. Auch zu Hause sei es zu Panikattacken gekommen mit plötzlichen Blockaden, Schreianfällen, Angstträumen und Schlafstörungen (Urk. 8/75/14 f.). Dr. C. ___

hielt dafür, die Angststörung werde auf symptomatische Weise von einer Atemwegserkrankung, COPD und Asthma, und die depressive Störung von der Adipositas begleitet. Diese somatischen Komorbiditäten könnten den Verlauf der psychischen Störungen verschlimmern und chronifizieren lassen. Die Depression sei exazerbiert, wie es ebenfalls typisch vorkomme, nach dem Tod des pflegebedürftigen Sohnes im November 2011. Den Verlauf der Depression belasten würden ferner die Erkrankung des Ehemannes, der schon an Drogensucht und Hepatitis C gelitten habe, dessen Myasthenie und die allenfalls bevorstehende Ehetrennung. Die im April 2012 und im Januar 2013 erfolgten Hospitalisationen in der B. ___ hätten den Langzeitverlauf der Depression nicht positiv

beeinflussen können, wie auch die psychopharmakologische Therapie mit verschiedenen Antidepressiva nicht. Die psychische Anamnese und der Psychozustat gemäss den Berichten der behandelnden Ärzte würden eigentlich die Diagnose einer schweren Depression rechtfertigen, gerade nachdem auch eine Arbeitstherapie während des Klinikaufenthaltes im letzten Jahr habe abgebrochen werden müssen und die behandelnden Ärzte nach der Entlassung eine ambulante Ergotherapie und eine Betreuung durch die psychiatrische Spitex für nötig erachtet hätten (Urk. 8/75/15). Dr. C. ___ kam zum Schluss, anhand seiner Untersuchung bestehe jedenfalls ein schwerer depressiver Zustand. Gesamthaft erscheine damit der psychische Zustand im Vergleich zur Begutachtung vom April 2009 verschlechtert. Der Beschwerdeführerin sei damals eine generelle 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. In den folgenden Jahren schein ein depressiver Zustand mittleren Schweregrades persistiert zu haben. Nach dem Tod des Sohnes im November 2011 sei die Patientin gemäss der behandelnden Psychiaterin in einen schweren depressiven Zustand gefallen und nicht mehr in der Lage gewesen, ihren Haushalt zu besorgen. Gemäss den vorliegenden Untersuchungsbefunden sei dies plausibel, sodass ab November 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen werden müsse. Im April 2012 habe sich eine einmonatige psychiatrische Hospitalisation angeschlossen. In der Folge sei der depressive Zustand in etwa von einem mittleren Schweregrad gewesen. Dies würde wieder auf eine Teilarbeitsfähigkeit schliessen lassen, dabei werde jedoch die Einschränkung durch die in den letzten Jahren fixierte Panikstörung nicht berücksichtigt. Ausserdem sei es quasi regelmässig zu weiteren psychiatrischen Hospitalisationen gekommen, die eine theoretische berufliche Anstellung erschwert hätten. Es sei festzuhalten, dass die psychiatrische Prognose zu günstig gestellt worden sei, weil die lebenslange pathologische Depressivität der Patientin nicht einbezogen worden sei. Über den ganzen Zeitraum betrachtet habe somit aus psychiatrischer Sicht seit November 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 8/75/15 f.) .

Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, habe Anfang 2009 bis November 2011 wahr scheinlich eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % , und von November 2011 bis heute von 100 % bestanden. Die Gründe dafür würden in der Komorbidität von psychischen Störungen mit schwerem Krankheitswert liegen, nämlich einer chronischen Depression von heute einem schweren Grad und einer fixierten Panikstörung. Der psychische Zustand habe sich von 2009 bis heute trotz ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlungen verschlechtert. Prognostisch sei in Anbetracht dessen und der lebenslangen psychischen Morbidität kaum eine Besserung möglich. Die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft worden. Berufliche Massnahmen seien wegen der depressiven Energielosigkeit und der Panikstörung unter anderen Leuten nicht möglich (Urk. 8/75/16) .

E. 4

bei diversen Arbeitgebern hauptsächlich als Verkäuferin tätig (Urk. 8/8 und Urk. 8/76/4) . Am 10. Februar 2006 brachte sie Zwillinge zur Welt. Die Tochter Y. ___ verstarb noch im selben Jahr . Für den Sohn Z. ___

bezog sie

eine Hilfenentscheidung

(Urk. 8/4/5) . Am 6. März 2008 meldete

sich die Versicherte unter Angabe von Schulterproblemen seit einem am 21. April 2005 erlittenen Unfall sowie psychischer Probleme infolge

des Tod es der Tochter sowie Belastung durch die Behinderung des Sohnes bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/4). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen , wobei sie einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 8/8), die Akten des Unfall versicherers (Urk. 8/9 ; Urk.

8/23) sowie

Berichte von den behandelnden Ärzten (Urk. 8/10/8; Urk. 8/15-16) bezog und sich bei der letzten Arbeitgeberin der Versicherten nach dem Arbeitsverhältnis erkundigte (Urk. 8/24). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Begutachtung der Versicherten. Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten des A.____

wurde am 19. April 2009 erstattet (Urk. 8/30). Am 14. August 2009 liess die IV-Stelle ausserdem eine Haushaltabklärung bei der Versicherten zu Hause durchführen (Abklärungsbericht vom 7. April 2010 , Urk. 8/38) . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 12. April 2010; Urk. 8/42)

verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Juli 2010 einen Rentenanspruch der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 27 % (Urk. 8/49).

E. 4.1

Vorauszuschicken ist, dass nach der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechts anwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt sind: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E.

3.2 mit Hinweisen).

E. 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die – neuerliche – Verneinung eines Rentenanspruches der Beschwerdeführerin insbesondere damit, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit dem Gutachten des A.____ vom 19. April 2009 nicht massgeblich verschlechtert habe. Sie stützt sich dabei auf die Stellungnahmen von RAD-Ärztin Dr. I.____ , FMH Arbeits- und Allgemeinmedizin, vom 6.

November 2013 (Urk. 8/76/3-4; vgl. demgegenüber noch die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. J.____ , FMH Allgemeinmedizin, vom gleichen Tag, Urk. 6/76/3) sowie auf die

Ergebnisse einer mit ihrem Rechtsdienst durchgeführten Besprechung vom 13. November 2013 (Urk. 8/76/4). RAD-Ärztin Dr.

I.____ kam in der genannten Stellungnahme zum Schluss, dass bei einem Vergleich des aktuellen Gutachtens mit demjenigen des A.____ vom 19.

April 2009 keine deutliche Verschlechterung des Psychostatus erkennbar sei, die Aktivitäten beschränkten sich nicht mehr auf den Sohn, welcher damals den Tagesrhythmus bestimmt habe. Der Rechtsdienst hielt anlässlich der Besprechung vom 13. November 2013 offenbar dafür, dass die Diagnosen 2009/2010 Angst und depressive Störung gemischt bei ausgeprägter psychosozialer Belastung im vorliegenden Fall keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden auszulösen vermöchten. Eine schwere Depression sei aufgrund der Aktivitäten der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar. Gemäss RAD hätten sich keine Veränderungen am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergeben. Es sei somit weiterhin kein invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden ausgewiesen.

E. 4.2.2

Dazu ist vorab zu bemerken, dass anlässlich der erstmaligen Rentenprüfung von einer 50%igen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausgegangen und dementsprechend die Invaliditätsbemessung aufgrund der gemischten Methode vorgenommen worden war (Urk. 8/38-39 und Urk. 2). Anlässlich des Neuanmeldungsverfahrens machte die Beschwerdeführerin geltend, dass aufgrund des Todes ihres Sohnes Z.____ im November 2011 kein Grund für die Annahme einer bloss teilzeitlichen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall mehr bestehe (vgl. Einwand vom 26. Oktober 2012 resp. 22. Januar 2013 [Urk. 8/67 und Urk. 8/70] gegen den [ersten] Vorbescheid vom 17. Oktober 2012 [Urk. 8/65]). Dies wurde von der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 8/76/2 f. ; vgl. Urk. 8/73/3).

E. 4.2.3

Liegt bei einer Neuanmeldung in einem für die Invaliditätsbemessung grundsätzlich massgebenden Punkt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung massgebenden Tatsachenspektrums und ohne Bindung an die vorangegangene rentenabweisende Verfügung zu prüfen (Urteile des Bundesgerichtes 8C_436/2011 vom 10. Mai 2012 E. 4 mit Hinweisen und 9C_965/2012 vom 5. August 2013).

Die vorliegende Statusänderung (Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % erwerbstätig anstatt zu 50 % erwerbs- und zu 50 % im Haushalt tätig) stellt fraglos eine erhebliche Sachverhaltsänderung dar. Somit ist vorliegend ein allfälliger Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ohne Bindung an den der Verfügung vom 8. Juli 2010 (Urk. 8/49) zugrundeliegenden medizinischen (und wirtschaftlichen) Sachverhalt zu prüfen, was der RAD und der Rechtsdienst ebenso verkannt zu haben scheinen wie der/die zuständige Sachbearbeiter/in.

E. 4.2.4

Die Neuanmeldung erfolgte am 30. März 2012 (Urk. 8/50). Die Beschwerdeführerin hat demnach frühestens am 1. September 2012 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG; vgl. Urteil des Bundesgerichtes

9C_160/2012 vom 6. Juni 2012 E. 4.1.3), wobei ein solcher aber voraussetzt, dass sie im vorangegangenen Jahr, mithin ab 1. September 2011, durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) und anschliessend zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) war (vgl. E. 1.3). Dies hatte die Beschwerdegegnerin in ihrem (ersten) Vorbescheid vom 17. Oktober 2012 ebenfalls ausser Acht gelassen.

E. 4.3.1

Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Der Umstand allein, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung eine wichtige Rolle spielten, tangiert deren Anspruchserheblichkeit nicht. Keine invalidisierende Gesundheitsschädigung ist indessen gegeben, wenn der medizinische Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Belastungen aufgehen. Denn in einem solchen Fall stellen sich diese als direkte Ursache der Einschränkung im Leistungsvermögen dar; sie sind nicht bloss pathogenetisch bedeutsam. Am rechtlich vorausgesetzten Kausalzusammenhang mit einer selbständigen Gesundheitsschädigung fehlt es daher, solange noch zu erwarten ist, dass mit einem Wegfall der belastenden Lebensumstände unmittelbar auch die (somit nicht verselbständigte) psychische Störung verschwinden werde. Die massgebende Ursache für Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG bestimmt sich mitunter auch nach dem Leitsatz, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert umso ausgeprägter vorhanden sein muss, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen (Urteil 9C_140/2014 vom 07. Januar 2015, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare, andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichtes 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Auch kann eine depressive Symptomatik chronifiziert, damit durchaus verselbständigt sein und dennoch im Rahmen des gesamten Beschwerdebildes nicht genug ins Gewicht fallen, als dass auf eine längerdauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 f. ATSG) geschlossen werden dürfte. Diesfalls stellt sich das Problem der gutachtlichen Abgrenzung und Quantifizierung eigenständiger Beiträge der sozialen Faktoren nicht. Das gilt auch im umgekehrten Fall, wenn eine deutlich ausgeprägte psychische Störung "konkurrierende" soziale Faktoren in den Hintergrund drängt. Diese sind alsdann so eng mit der Gesundheitsschädigung und ihren funktionellen Auswirkungen verbunden, dass es sich rechtfertigt, den gesamten Ursachenkomplex der Folgenabschätzung zugrunde zu legen: In diesem Sinne können sich soziale Umstände – mittelbar – invaliditätsbegründend auswirken, indem sie eine (verselbständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern. In diesen Konstellationen tragen die als solche nicht versicherten sozialen Faktoren zum Umfang der verselbständigten Gesundheitsschädigung bei (Urteil 9C_140/2014 vom 07. Januar 2015, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.3.2

In den Klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Gesundheitsstörungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern 2014, S. 169 f., werden unter F32 die depressiven Episoden (leicht-, mittel-, schwergradig) und unter F33 die rezidivierenden Störungen umschrieben.

Bei der typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren Episode (F32.2 und F32.3) leidet laut diesen Leitlinien die betroffene Person gewöhnlich unter den typischen Symptomen von (a) gedrückter Stimmung, (b) Interessenverlust, Freudlosigkeit und (c) Verminderung des Antriebes, erhöhter Ermüdbarkeit. Andere häufige Symptome sind (1) verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, (2) vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, (3) Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, (4) negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, (5) Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, (6) Schlafstörungen und (7) verminderter Appetit. Das klinische Beschwerdebild zeigt beträchtliche individuelle Varianten; ein untypisches Beschwerdebild ist besonders in der Jugend häufig. In einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression (vgl. ICD-10 Kapitel V [F], a.a.O., S. 169-170).

Bei einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33 handelt es sich gemäss den genannten Leitlinien um eine Störung, die durch wiederholte (leichte, mittelgradige oder schwere) depressive Episoden charakterisiert ist. Die einzelnen Episoden dauern zwischen drei und zwölf Monaten. Die Besserung zwischen den einzelnen Episoden ist dabei im Allgemeinen vollständig, wobei nur (aber immerhin) eine Minderheit von Patienten eine anhaltende Depression entwickelt (für welche ebenfalls die Kategorie F33 verwendet werden sollte; vgl. ICD-10 Kapitel V [F], a.a.O., S. 176 f.). Die Unterscheidung zwischen depressiven Episoden (F32) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) legt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes nahe, dass bei letzteren eher von einer ungünstigen Prognose in Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_484/2012 vom 26. April 2013 E. 4.3.2.2).

E. 4.3.3

Depressive „Episoden“ sind definitionsgemäss vorübergehender Natur und haben deshalb, zumindest wenn sie leicht bis mittelschwer sind, gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung. Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven „Störung“ ist nach der Rechtsprechung nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt indessen insbesondere, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

E. 4.4.1

Das Gutachten von Dr. C.____ vom 13. Oktober 2013 basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung, wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Auf seine Schlussfolgerung, wonach ab anfangs 2009 bis November 2011 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und seither eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, kann indessen aus den nachfolgenden Gründen nicht abgestellt werden.

E. 4.4.2

Es steht ausser Frage, dass die bei der Beschwerdeführerin seit Jahren vorhandenen ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung bzw. Verschlimmerung des aktenkundigen psychischen Beschwerdebildes eine massgebliche Rolle spielten. Davon geht insbesondere auch Dr. C.____ in seinem Gutachten vom 13. Oktober 2013 aus, wobei er aber darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin schon in der frühen Jugendzeit an einer pathologischen Depressivität (Dysthymie) gelitten habe (Urk. 8/75/13). Letzteres scheint aufgrund der vorliegenden Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 8/75/7-12) zwar möglich, echtzeitliche ärztliche Feststellungen, welche die betreffenden Angaben der Beschwerdeführerin bestätigen würden, liegen allerdings nicht vor.

E. 4.4.3

Aktenkundig ist, dass sich die Beschwerdeführerin erstmals nach dem Tod ihrer Tochter Y.____ Ende Februar 2006 in psychiatrische Behandlung begeben hat, und zwar im April 2006 bei Dr. D.____ (Urk. 8/16/1). In ihrem Bericht vom 14. Juni 2008 (Urk. 8/16) hatte diese festgehalten, dass es bei der Beschwerdeführerin als Reaktion auf die erlittenen und konstanten psychischen Traumatisierungen zu einer agitierten mittelgradigen depressiven Episode gekommen sei, welche bis heute persistiere. Aktuell sei deshalb keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Auf längere Sicht sollte aber eine Arbeitsfähigkeit gegeben sein, und zwar einerseits, wenn sie von der Pflege des schwerstbehinderten Sohnes, welcher eine schwere soziale und psychische Belastung für sie darstelle, entlastet werde, und andererseits nach Besserung der Depression. Dr. D.____ hatte zwar ausdrücklich zwischen den bei der Beschwerdeführerin bestehenden sozialen Belastungen einerseits und einer Depression andererseits und deren Folgen unterschieden und ging demnach von einem verselbständigten psychischen Leiden aus. Der von ihr erhobenen mittelgradigen depressiven Episode ist aber nach dem Gesagten aus rechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung beizumessen (vgl. E. 4.3). Ebenso verhält es sich bei den im Gutachten des A.____ vom 19. April 2009 (Urk. 8/30) und im Bericht der B.____ vom 17. September 2009 (Urk. 8/35) gestellten psychiatrischen Diagnosen („Angst und depressive Störung gemischt“ [ICD-10 F41.2] bei ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation resp. leichte depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation [ICD-10 F32.0]). Die Ärzte der B.____ hatten denn im genannten Bericht auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr sozialer als medizinischer Natur seien (Urk. 8/35/4; vgl. auch Urk. 8/37). Anhaltspunkte dafür, dass sich das psychische Zustandsbild seither bis zum Tod des Sohnes im November 2011 massgeblich verschlechtert haben könnte, liegen nicht vor und ergeben sich insbesondere auch nicht aus dem Bericht von Dr.

D.____ vom 8. Juni 2012 (Urk. 8/59). Bis dahin ist daher aus invalidenver sicherungsrechtlicher Sicht das Vorliegen einer psychisch bedingten Arbeits unfähigkeit zu verneinen, weshalb insoweit auf das Gutachten von Dr. C.____ nicht abgestellt werden kann.

E. 4.4.4

Nach dem Tod des Sohnes im November 2011 kam es laut Dr. D.____ jedoch zu einem präpsychotischen Zustandsbild im Rahmen einer schweren depressiven Episode und war die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage, ihren Haushalt zu besorgen (Urk. 8/59). Diese Angaben sind – mit Dr. C.____ (Urk.

8/75/16) – als nachvollziehbar zu betrachten, weswegen ab November 2011 zunächst von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Dass Auslöser für diese Verschlechterung ein psychosozialer Faktor war, ändert daran angesichts der Schwere des von Dr. D.____ beschriebenen psychopathologischen Zustandsbildes nichts. Aufgrund des im Bericht der B.____ vom 5. April (richtig wohl: Mai) 2012 betreffend den dortigen (zweiten) stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 4. bis 30. April 2012 erhobenen „psychischen Befund bei Eintritt“ (Urk. 8/61/9) ist jedoch davon auszugehen, dass sich ihr psychischer Zustand bis dahin wieder massgeblich verbessert hatte. Die Ärzte der B.____ erhoben denn auch bloss eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei psychosozialer Belastungssituation (Urk.

8/61/8). Diese Diagnose wurde von Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 8.

Juni 2012 bestätigt (Urk. 8/59). Zur Arbeitsfähigkeit hatte sie darin lediglich bemerkt, dass keine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, weil sich die Beschwerdeführerin von der über Jahre andauernden psychischen Traumatisierung durch die Pflege ihres schwerstbehinderten Sohnes bis heute nicht erholt habe und es ihr an intrapsychischen Kapazitäten zur konstruktiven Integration ins normale Leben fehle. Diese Beurteilung von Dr. D.____ erscheint unter ihrem Blickwinkel als behandelnde Ärztin ohne Weiteres nachvollziehbar. Die von ihr (wie zuvor auch von den Ärzten der B.____) gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven „Episode“ vermag jedoch bei mitbestimmenden ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren aus rechtlicher Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen (vgl. E. 4.3). Ab Austritt aus der B.____ am 30. April 2012 bis zum Bericht von Dr. D.____ vom 8. Juni 2012 ist daher das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert zu verneinen.

E. 4.4.5

Zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen dem Bericht von Dr. D.____ vom 8. Juni 2012 und der (dritten) Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der B.____ (3. Januar bis 6. Februar 2013) liegen keine konkreten ärztlichen Angaben vor. Im Bericht der B.____ an die Beschwerdegegnerin vom 15. März 2013 wurde, wie erwähnt, eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), bestehend seit 2006, sowie – neu – eine rezidivierende depressive „Störung“, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), erhoben. Diese Diagnose erscheint aufgrund des von den Ärzten der B.____ in diesem Bericht angeführten „ärztlichen Befundes bei Klinikeintritt“ (Urk. 8/72/3) sowie ihrer weiteren Feststellungen nachvollziehbar (vgl. E. 4.3.2).

Dr. C.____ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 13. Oktober 2013 (Urk. 8/75) unter dem Titel „Psychostatus“ fest, die Beschwerdeführerin habe einen betäubten, weinerlichen Gesichtsausdruck. Sie habe eine gute Auffassung und unauffällige kognitive Funktionen und gebe die Daten sehr genau an. Sie rede sehr kohärent, ihre Antworten fielen aber knapp aus, nach einer Antwort bleibe sie jeweils vollkommen still. Ihr Verhalten sei ruhig und apathisch. Die Stimmung wirke monoton und absolut freudlos. Die Beschwerdeführerin mache einen sehr schwachen, energiearmen Eindruck. Sie imponiere als gewissenhaft und gebe bereitwillig Auskunft (Urk. 8/75/12). Vergleicht man diesen – äusserst knapp gefassten – Psychostatus mit dem im Bericht der B.____ vom 15. März 2013 aufgeführten „ärztlichen Befund bei Klinikeintritt“ (Urk. 8/72/3), lässt sich eine seitherige Verschlechterung der psychopathologischen Befunde nicht nachvollziehen. Die

Beschwerdeführerin selbst äusserte sich denn offenbar gegen über Dr. C.____ auch dahingehend, dass es im Verlauf in den letzten zwei Jahren immer gleich schwer geblieben sei. Sie sei im April 2012, Januar 2013 und April 2013 in der B.____ und zusätzlich zweimal kurz während dreier Tage in der B.____ hospitalisiert gewesen. Der Grund seien Depressionen gewesen. Einmal habe die psychiatrische Behandlerin einen Entzug gewollt, weil sie getrunken habe und sehr aggressiv gewesen sei. Nach der Entlassung aus der Klinik sei der Zustand wieder wie vorher gewesen (Urk. 8/75/10).

E. 4.5.1

Vor diesem Hintergrund vermag die Beurteilung von Dr. C.____, wonach anhand seiner Untersuchung heute jedenfalls ein schwerer depressiver Zustand bestehe, nicht einzuleuchten. Hingegen ist aufgrund seiner Angaben sowie derjenigen im Bericht der B.____ vom 15. März 2013 spätestens ab dem Austritt aus dieser Klinik am 6. Februar 2013 von einer anhaltenden mittelgradigen depressiven „Störung“ auszugehen (vgl. E. 4.3.2).

Soweit Dr. C.____ der von ihm im Weiteren diagnostizierten Panikstörung (ICD

E. 4.5.2

Bei einer anhaltenden mittelgradigen depressiven Störung ist nach dem Gesagten – entgegen der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung – eine invalidisierende Wirkung – auch bei Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren – nicht schlechthin auszuschliessen. Wie erwähnt, bedingt deren Annahme indessen, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wurde resp. wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. E.

4.3.3). Wie es sich damit verhält, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilt werden, datiert doch der letzte Bericht der behandelnden Ärztin vom 8. Juni 2012 (Urk. 8/59) und kann doch aus dem Umstand allein, dass die Beschwerdeführerin seither erneut – während knapp fünf Wochen sowie zweimal dreier Tage – in der B.____ hospitalisiert war, nicht schon auf eine konsequente Depressionstherapie geschlossen werden. Zudem fehlt es an einer konkreten ärztlichen Angabe zur Frage, in welchem Ausmass sich die mittelgradige depressive Störung – bei konsequenter Therapie – auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt. Während eine depressive Symptomatik schweren Grades in der Regel eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründet, ist dies bei einer solchen mittleren Grades nämlich nicht unbedingt der Fall.

E. 4.5.3

Diese Lücken im rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt lassen diesen als unzureichend abgeklärt erscheinen. Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung von falschen Prämissen ausgegangen ist (vgl. E. 4.2), was nicht zuletzt auch dazu geführt hat, dass eine Abklärung des aktuellen wirtschaftlichen Sachverhaltes (inklusive Einkommensvergleich) unterblieb. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache zur Vervollständigung des medizinischen und wirtschaftlichen Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dazu gehört insbesondere der Beizug von Verlaufsberichten der behandelnden Psychiaterin (Verlauf seit ihrem Bericht vom 8.

Juni 2012) und der B.____ (Verlauf seit ihrem Bericht vom 15. März 2013) sowie einer umfassenden Stellungnahme des RAD, wobei der betreffende RAD Arzt – im Gegensatz zu den bisher von der Beschwerdegegnerin angefragten RAD-Ärzten (vgl. Urk. 8/76/3-4) –

über einen Facharztstitel in Psychiatrie verfügen sollte. Je nach dem Ergebnis dieser sowie allfälliger weiterer medizinischer Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin zu prüfen, ob Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Danach hat sie über einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen, unter Berücksichtigung von Erwägung 4.2.4.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 5.3

Die Beschwerdegegnerin ist verpflichtet, der vertretenen Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]) zu bezahlen. Diese ist nach pflichtgemäsem Ermessen auf Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 5.4

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 21. März 2014 um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung (Urk. 1) ist bei diesem Verfahrensausgang als gegenstandslos zu betrachten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2014 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 Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: -

Rechtsanwalt Kaspar Gehring -

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle -

Bundesamt für Sozialversicherungen -

Stiftung Auffangeinrichtung, Erlenring 2, 6343 Rotkreuz sowie an: -

Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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

F41.0) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beizubringen, ist zu bemerken, dass zwar im Gutachten des A.____ vom 19. April 2009 ein Verdacht auf eine solche Störung erhoben worden war (Urk. 8/30/24). Die Ärzte der B.____ sowie Dr. D.____ haben in den vorgenannten Berichten eine solche aber nicht diagnostiziert, weshalb anzunehmen ist, dass die depressive Problematik jedenfalls im Vordergrund steht.

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