

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00892 vom 3. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00892

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00892 du 3 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00892 del 3 settembre 2015

Erwägungen

E. 5

). Erst im Bericht der Klinik H.____ vom 15. September 2014 (Urk. 5) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin beklage, seit circa drei Monaten an starker Dyspnoe zu leiden, dies bei Anstrengung und bei Kontakt mit Tabakrauch. Inwiefern eine Anstrengungsdyspnoe sowie ein retrosternales Oppressionsgefühl bei Kontakt mit Tabakrauch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Treuhänderin zu begründen vermöchte, ist indessen nicht einsichtig. Der Bericht enthält denn auch keine Angaben über eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5). 3.4

3.4.1

Gemäss psychiatrischem Gutachter des B.____ hat die Beschwerdeführerin das Untersuchungszimmer mit normalem Gang betreten. Während des Gesprächs habe sie wiederholt geweint. Sie habe auch aus ihrer mitgebrachten Mineralwasserflasche getrunken. Nach dem Gespräch von über einer Dreiviertelstunde habe sie nichts beizufügen gehabt. Folgender Befund wurde festgehalten: Der affektive Kontakt sei gut herstellbar, die Stimmung depressiv. Die Beschwerdeführerin spreche mit normaler Stimme, ihre Mimik und Gestik seien normal ausgeprägt. Die affektive Modulation sei eingeschränkt. Sie sei durchwegs in leidender Haltung und trauriger Gestimmtheit geblieben. Sie gebe erhöhte Ermüdbarkeit am Tag und Schlafstörungen in der Nacht an. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen bestünden nicht. Die Vigilanz sei nicht gestört. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Ihre Angaben bezüglich der beruflichen Karriere stimmten nicht genau mit den Angaben in den Akten überein. Zeitgitterstörungen bestünden nicht. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Das Denken sei formal geordnet, und inhaltlich bestünden keine Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzination und Ich-Störungen. Sie gebe Schwierigkeiten am Morgen mit dem Aufstehen an. Hinweise auf Suizidalität bestünden nicht. Die Realitätsprüfung und die Urteilsbildung seien intakt. Die Beschwerdeführerin gebe normale Kontakte an. Die Affektsteuerung sei etwas vermindert mit raschem Weinen ohne Hinweise auf Impulskontrollstörungen. Anamnestisch gebe sie auch aggressive Gestimmtheit an. Der Antrieb sei herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität. Die Selbstwertregulation sei erhalten. Die Abwehrmechanismen seien nicht deutlich auffällig (Urk. 9/132 S. 12 f.).

Unter dem Titel „Psychiatrische Beurteilung“ hielt der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen fest, dass bei der Beschwerdeführerin diagnostisch eine leichte depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörung, Morgentiefs und Schlafstörungen sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit

somatischen Beschwerden wie vor allem Schmerzen, aber auch Müdigkeit und allgemeiner Leistungsintoleranz bestünden. Es bestünden lebensgeschichtliche Belastungen mit einem brutalen Vater, der sie wiederholt geschlagen und auch sexuelle Übergriffe getätigt habe, bis es zur Trennung der Mutter von ihm gekommen sei, einer gescheiterten Ehe, Enttäuschungen durch die Cousine, bei welcher sie sich lange um deren Kinder gekümmert habe. Der geliebte Stiefvater sei 1988 nach fünfjähriger Krankheit an Alzheimer verstorben, die Schwester, die ihr viel im Haushalt geholfen habe, sei im letzten Jahr an Brustkrebs erkrankt. Es bestehe eine finanziell angespannte Situation. Auch sei die Staatsanwaltschaft involviert, wodurch sie sehr belastet sei. Sie könne es sich kaum vorstellen zu arbeiten und begründe dies mit ihren Depressionen, die sie auch auf ihre lebensgeschichtlichen Belastungen zurückführe (Urk. 9/132 S. 13).

Die leichte depressive Episode wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Beschwerdeführerin leide nicht unter deutlichen Konzentrationsstörungen und sei nicht suizidal. Es bestehe zwar ein chronischer Verlauf. Es bestehe aber kein schweres psychisches Leiden, das therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könnte. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung sei nicht erwiesen. Die therapeutischen Möglichkeiten seien theoretisch nicht ausgeschöpft. Die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Der Beschwerdeführerin könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen (Urk. 9/132 S. 13-14).

Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin könne durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden. Im Untersuchungsgespräch habe sie sich durchaus konzentrieren können. Sie habe normale Kontakte in ihrem Umfeld angegeben. Ein sozialer Rückzug sei nicht deutlich stark und in allen Bereichen ihres Lebens ausgeprägt. Sie erhalte in ihrem Haushalt Hilfe, jetzt von einer Bekannten. Sie verrichte im Haushalt aber durchaus körperlich angepasste Tätigkeiten. Sie sei in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Auf Grund des Medikamentenspiegels bestehe aber keine optimale Compliance. Aus psychiatrischer Sicht könne nicht begründet werden, warum ihr eine ihren Fähigkeiten entsprechende und körperlich angepasste Tätigkeit nicht zugemutet werden könne (Urk. 9/132 S. 14). 3.4.2

Die Ärzte des Z.____, bei welchen die Beschwerdeführerin seit April 2010 in ambulanter psychiatrischer Behandlung steht, attestierten ihr mit Ausnahme der Zeit von Februar bis Juni 2012 (vgl. dazu auch die Bestätigungen des Z.____ vom 18. August 2012 [Urk. 3/5] und 2. Oktober 2013 [Urk. 3/

E. 5.5

Bei der Beschwerdeführerin scheinen psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Entstehung und Unterhaltung des depressiven Beschwerdebildes durchaus eine massgebliche Rolle gespielt zu haben resp. zu spielen.

So hielt Dr. I.____ in seinem vertrauensärztlichen Bericht vom 13. Dezember 2010 unter anderem fest, die Beschwerdeführerin habe sich seit 2005 nur noch mit Hilfe einer medikamentösen antidepressiven Therapie stabil halten können. Seit Herbst 2008 sei es zu einer zuerst schleichend sich entwickelnden ängstlich-depressiven Entwicklung insbesondere im Gefolge der konflikthafter und erzwungenen Trennung von den Kindern

einer Cousine, um die sie sich stark gekümmert habe und die für sie so etwas wie einen Familienersatz dargestellt hätten, gekommen. Seit dem 17. Dezember 2009 sei die Beschwerdeführerin krank geschrieben mit den Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einem psychophysischen Erschöpfungssyndrom („Burnout“). Im Sommer/Herbst sei es anamnestisch zu einer Verschlechterung des Zustandes gekommen, nachdem sie vorübergehend in U-Haft gesetzt worden sei unter einem Verdacht, von dem sie mittlerweile entlastet sei, was für sie eine stark belastende und beängstigende Erfahrung gewesen sei (Urk. 9/105/29).

Im Bericht des Z.____

vom 20. Mai 2010 wurde erwähnt, aus Sicht der Beschwerdeführerin würden die Beschwerden mit beruflicher Überlastung in Zusammenhang stehen (Urk. 9/81/17, vgl. Urk. 9/151/3). Dies erklärt die wiederholte Diagnose eines psychophysischen Erschöpfungssyndroms (Burnout-Syndrom, Z73.0)

in den Berichten des Z.____ (E. 3.4.3). Ein „Burn out“ fällt als solches jedoch nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

Im Bericht des Z.____ vom 28. Februar 2011 (Urk. 9/83/7) wurde unter anderem festgehalten, die Beschwerdeführerin beklage, unter depressiven Symptomen zu leiden. Die sie hätten sich durch die zwei Aufenthalte der Beschwerdeführerin in der Untersuchungshaft (2010) stark verschlimmert. Es bestünden finanzielle Schwierigkeiten wegen der Blockierung der Bankkonti durch die Staatsanwaltschaft. Psychosozial belastet sei die Beschwerdeführerin sodann durch Konflikte mit der Schwester, den Verlust der Bezugsfamilie der Cousine mit den Kindern im Jahr 2008 und den Tod der Grossmutter im Jahr 2005. Wegen der anhaltenden Belastungen und dem ungenügenden Erfolg der bisherigen Therapien sei die Prognose als vorsichtig negativ zu beurteilen. Aufgrund der aktuellen Entwicklung sei nicht mit einer kurzfristigen Steigerung des psychischen Zustandes zu rechnen. Anhaltende Belastungsfaktoren (Gerichtsverhandlungen) verunmöglichten eine weitere Genesung (Urk. 9/83/7). Exakt die gleichen Angaben finden sich auch im Bericht des Z.____ an die Beschwerdegegnerin vom 12. November 2012 (Urk. 9/115/7).

Angesichts dieser Angaben von Dr. I.____ sowie der Ärzte des Z.____ ist zumindest unklar, ob das depressive Zustandsbild der Beschwerdeführerin – wie von den Ärzten des Z.____ in der Stellungnahme vom 12. August 2014 (Urk. 3/8) postuliert – tatsächlich von den genannten belastenden Lebensumständen verselbständigt ist. 3.5.6

Entscheidend hinzukommt, dass die Beschwerdeführerin die ihr zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten bislang keinesfalls optimal und nachhaltig ausgeschöpft hat. Wohl nahm sie gemäss ihren Angaben schon seit 2005 – von ihrem Hausarzt verordnete (vgl. Urk. 9/95/1 und Urk. 9/81/10) - Antidepressiva ein. In eine fachärztliche psychiatrische Behandlung begab sie sich aber erstmals im April 2010 beim Z.____. Daraufhin erfolgten dort zwar psychotherapeutische Einzelgespräche – einmal pro Woche (Berichte des Z.____ vom 23. Juni 2010 und 28. Februar 2011, Urk. 9/151/4 und Urk. 9/83/7); zwei- bis dreimal pro Monat (Bericht vom 21. März 2011, Urk. 9/151/6); zweiwöchentlich (Bericht vom 12. November 2012, Urk. 9/115/8) resp. alle ein bis zwei Wochen (Gutachten vom 3. Juli 2013, Urk. 8/132 S. 8) sowie eine antidepressive

Medikation. Die vom B.____ im April 2013 durchgeführten Laboruntersuchungen ergaben jedoch einen deutlich zu tiefen Medikamentenspiegel (Urk. 8/132 S. 9 und S. 15). Wie bereits erwähnt, hatte sich gemäss den Angaben der Ärzte des Z.____ auch bereits im Februar und Juli 2012 ein zu tiefer Medikamentenspiegel gezeigt. Daraus ist mit dem psychiatrischen Gutachter (Urk. 8/132 S. 15) – ent gegen ihrer Auffassung – durchaus auf eine schlechte Compliance hinsichtlich der Einnahme der Antidepressiva zu schliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_719/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 2.2.1). Dass offenbar – auch - die orale Eisensubstitution bei der Beschwerdeführerin den Eisengehalt im Blut nicht im gewünschten Umfang hat ansteigen lassen, ändert jedenfalls nichts daran, dass bei allen aktenkundigen Messungen der Medikamentenspiegel weit unter dem therapeutischen Bereich lag. Gleichwohl waren die depressiven Symptome offensichtlich nie so ausgeprägt, dass eine Intensivierung der ambulanten Psychotherapie (Gespräche und Medikamente), eine stationäre Behandlung oder gar Krisenintervention notwendig gewesen wären. Mithin fehlt es an einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. 3.5.7

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist dem depressiven Leiden der Beschwerdeführerin daher selbst dann keine invalidisierende Wirkung beizumessen, wenn gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte angenommen wird, dass dieses bis zur Begutachtung im B.____ (April 2013) einen mittleren Schweregrad aufwies.

3.

E. 5.8

In Bezug auf die undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F54.1), welche der psychiatrische Gutachter als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte (Urk. 9/132 S. 25), ist auf den zur Publikation vorgesehenen Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 des Bundesgerichts hinzuweisen. Dieses hat von der Rechtsprechung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutlich mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet. In sinn gemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gutachten - gegebenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8., mit Hinweis) . Die Gutachter attestierten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit. Vorliegend erhellt sich aus dem Gutachten hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen und somatischen diagnoserelevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt. Die Diagnose einer Somatisierungsstörung wurde von den Ärzten des Z.____ erstmals im Bericht vom 12. November 2012 als – blosser Verdachtsdiagnose angegeben (Urk. 9/115/6) und dauerte demnach im Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht lange an. In somatischer Hinsicht bestanden die Behandlungsbemühungen gemäss den Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern in Physiotherapie und in der Einnahme von Voltaren bei Bedarf, wobei sie offenbar nicht angeben konnte, wann sie letztmals Physiotherapie absolviert hatte und angab, das letzte Voltaren vor einer Woche eingenommen zu haben (Urk. 9/132 S. 16-17; vgl. demgegenüber Urk. 9/132/8, wo von

Physiotherapie alle ein bis zwei Wochen die Rede ist). In den Jahren 2000 und 2001 unterzog sie sich je einer stationären Therapie (drei resp. fünf Wochen) in der J. ___ zur Behandlung der Dermatitis (Urk. 9/105/24). Weitere stationäre Therapien sind nicht aktenkundig. In psychischer Hinsicht beschränkten sich die Behandlungsbemühungen, wie erwähnt, auf eine ambulante Psychotherapie und antidepressive Medikation, wobei von einer schlechten Compliance ausgegangen werden muss (vgl. E. 3.5.6). Eingliederungsbemühungen sind abgesehen von einem 4-monatigen Arbeitsversuch im Jahr 2012 (vgl. Urk. 3/6) nicht aktenkundig. Die Behandlungs- und Integrationsbemühungen weisen demnach nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hin. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 sind nicht erfüllt (vgl. E. 3.5.9). Auszuklammernde psychosoziale Belastungsfaktoren sind fraglos vorhanden (vgl. E. 3.5.5). Ferner ergibt sich aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern, dass sie noch imstande ist, kleine Sachen einzukaufen und einen Teil des Haushaltes selber zu erledigen. Sodann betreibt sie regelmässig sportliche Aktivitäten wie Velofahren oder Inlineskating und wird von einem Kollegen sporadisch zum Essen abgeholt. An Weihnachten 2012 verbrachte sie zudem zusammen mit ihrem ehemaligen Freund und Geschäftspartner Wellnessferien in K. ___ (Urk. 9/132 S. 12). Das Aktivitätsniveau erscheint demnach nur leicht eingeschränkt zu sein. Bei dieser Sachlage ergeben sich auch unter Berücksichtigung der beachtlichen Standardindikatoren keine erheblichen Einschränkungen. Insbesondere kann eine Behandelbarkeit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 4.2.2 mit Hinweis).

3.5.9

Die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) wurde einzig von Dr. I. ___

gestellt

(Urk. 9/105/29). Weder die behandelnden Ärzte des Z. ___ noch der psychiatrische Gutachter konnten diese Diagnose bestätigen. Dieser wies darauf hin, dass es der Beschwerdeführerin früher möglich gewesen sei, mit voller Leistung zu arbeiten beziehungsweise einen Lebensunterhalt zu erwirtschaften, ohne auf unterstützende Leistungen angewiesen zu sein. Es sei zwar möglich, dass ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge vorlägen, eine Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne aber nicht diagnostiziert werden (Urk. 9/132 S. 15). Diese Begründung erweist sich als schlüssig. 3.6

Objektive Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im B. ___ im April/Mai 2013 bis zum massgeblichen Zeitpunkt (vgl. E. 1.6) der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2014 (Urk. 2) massgeblich verschlechtert haben könnten, liegen nicht vor und ergeben sich nach dem Gesagten insbesondere auch nicht aus den Stellungnahmen des Z. ___ vom 20. November 2013 und 12. August 2014 (Urk. 9/144 und Urk. 3/8). Der Bericht des Z. ___ vom 25. Mai 2015 (Urk. 20/1), welchen die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren einreichte, ist bei der Überprüfung des angefochtenen Entscheides an sich nicht mehr zu berücksichtigen (E. 1.6). Gleichwohl ist dazu anzumerken, dass auch dieser Bericht nicht auf eine objektive Verschlechterung der gesundheitlichen Situation hindeutet. Gemäss diesem Bericht hatte die Beschwerdeführerin im Mai 2015 100 Therapiesitzungen

absolviert, laut der Stellungnahme vom 20. November 2013 waren es damals deren 85 (Urk. 9/144). Demnach ist die Behandlungsfrequenz sogar gesunken (15 Sitzungen in 17 Monaten [Dezember 2013 bis April 2015]; vgl. demgegenüber E. 3.5.6). Die verordneten Psychopharmaka sind ebenfalls tiefer dosiert als im Zeitpunkt der Begutachtung (Urk. 9/132 S. 8 und 20/1/2). Dies lässt fraglos nicht auf eine Zunahme des psychischen Leidensdruckes schliessen. 3.

E. 6

] an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin) in sämtlichen, sich in den Akten befindlichen Berichten (an die Beschwerdegegnerin, die Krankentaggeldversicherungen oder an die Beschwerdeführerin beziehungsweise deren Rechtsvertreter) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/81/12 ff., Urk. 9/83/6 ff., Urk. 9/105/19 ff., Urk. 9/115/6 ff., Urk. 9/132/49 ff. und Urk. 9/151/6 f.).

Der Bericht vom 20. Mai 2010 enthält hingegen keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/81/17 ff.). Als psychiatrische Diagnose wurde seitens der Ärzte des Z.____

von 2010 bis zur Begutachtung (April/Mai 2013)

durchgehend eine mittelgradige depressive Episode festgehalten

(Urk. 9/81/13, Urk. 9/81/17, Urk. 9/83/6, Urk. 9/105/22, Urk. 9/115/6, Urk. 9/132/49 und Urk. 9/151/6).

Nebst dieser Diagnose wurde in fünf Berichten vom 23.

Juni 2010 (Urk. 9/132/49), vom 4. Oktober 2010 (Urk. 9/81/13), vom 28.

Februar 2011 (Urk. 9/83/6), vom 21.

März 2011 (Urk. 9/151/6) und vom 12. November 2012 (Urk. 9/115/6) sodann ein psychophysisches Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom, Z73.0) und in einem Bericht vom 16. Juni 2011 (Urk. 9/105/22) ein Status nach sexuellem Missbrauch (ICD-10 Z6.4) festgehalten. Im Bericht vom 12. November 2012 wurde zudem ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) diagnostiziert. Nach Erhalt des Vorbescheides vom 6. September 2013

(Urk. 9/136) holte der Rechtsvertreter

der Beschwerdeführerin bei den behandelnden Ärzten des Z.____ eine Stellungnahme zu demselben

sowie zum B.____-Gutachten vom 3. Juli 2013 ein (Stellungnahme vom 20. November 2013, Urk. 9/144). Darin wurde n aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) sowie ein Status nach sexuellem Missbrauch (ICD-10 Z6.4) diagnostiziert. 3.4.3

Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem vertrauensärztlichen Bericht vom 13. Dezember 2010 zuhanden der Krankentaggeldversicherung (Urk. 9/105/29) eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie eine anhaltende depressive „Episode“ mittelgradiger Ausprägung mit deutlich ausgeprägtem somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Die derzeitige Arbeitsfähigkeit dürfte zwischen 10 und 20 % schwanken. 3.5 3.5.1

Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, wonach im Zeitpunkt der Begutachtung (April 2013) eine leichte depressive Symptomatik sowie eine Somatisierungsstörung bestanden hätten, erscheint aufgrund der von ihm erhobenen Befunde grundsätzlich nachvollziehbar. 3.5.2

Hinsichtlich der von den Ärzten des Z.____ in den genannten Berichten gemachten Angaben ist zunächst darauf hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). In diesem Zusammenhang fällt insbesondere auf, dass von den Ärzten des Z.____

erst mals in der

Stellungnahme vom 20. November 2013 (Urk. 9/144) die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt wurde, während zuvor durchgehend eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden war. Diese - laut den Angaben in der genannten Stellungnahme (Urk. 9/144/3) auf einer ausführlicheren Beurteilung nach 85 Therapiesitzungen beruhende und für das Jahr 2013 geltende - Änderung der Diagnose erfolgte dabei ohne entsprechende Begründung und ohne Hinweis auf eine relevante Verschlechterung für die weiterführende Zeit. Insbesondere wurden keine objektiven Befunde angeführt, welche darauf schliessen liessen, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im April 2013 massgeblich verschlechtert hat. Sodann ist nicht ersichtlich, dass die angebliche Verschlechterung der depressiven Symptomatik eine Intensivierung der therapeutischen Bemühungen nach sich gezogen hätte (vgl. E. 3.6). Generell entsteht der Eindruck, dass die vorliegenden Beurteilungen der Ärzte des Z.____ massgeblich auf den - weitgehend unkritisch übernommenen - Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin basieren. So wurde in der Stellungnahme vom 20. November 2013 zu den gutachterlichen Feststellungen zum Medikamentenspiegel (vgl. dazu auch E. 3.5.6) wörtlich festgehalten (Urk. 9/144/2-3): „Am 16.07.2012 wurde von uns ein Medikamentenspiegel für Trazadon (Trittico) erhoben, dieser Spiegel war ebenfalls zu tief (0,57mcmol/l, Ref. 1.88-2.69). Am 28.02.2012 wurde auch das Quetiapin gemessen, auch der Medikamentenspiegel ist zu tief (<50, Ref. 180-450). Es ist aber davon auszugehen, dass die Medikamente gemäss den Anweisungen eingenommen werden. Damit handelt es sich wohl um ein medizinisches Problem, welches bei den nicht wirksamen Eisen-Tabletten bereits schon erkannt wurde.“ In früheren Berichten wurden etwa „Schlafstörungen (10 Jahre kaum Schlaf, jetzt medikamentös besser)“ erhoben. Wenn die Beschwerdeführerin - wie in den Berichten des Z.____ vom 16. Juni 2011 (Urk. 9/105/21) und vom 20. November 2013 festgehalten (Urk. 9/144/3) - um 07.00 Uhr aufsteht und bereits um 19.00 Uhr wieder zu Bett geht, kann nicht von Schlafstörungen gesprochen werden, nur weil sie über Einschlafstörungen von 2-3 Stunden klagt. Der Durchschlaf beträgt immerhin sechs Stunden.

Die Beurteilungen der Ärzte des Z.____ vermögen daher nicht ohne Weiteres zu überzeugen. Ebenso verhält es sich bei derjenigen von Dr. I.____, zumal auch diese massgeblich auf den von der Beschwerdeführerin ihm sowie den Ärzten des Z.____ gegenüber gemachten Angaben zu den - subjektiv empfundenen - Einschränkungen beruht (zur von ihm diagnostizierten Persönlichkeitsstörung s. nachstehend E. 3.5.9). 3.5.3

Sowohl der psychiatrische Gutachter als auch die Ärzte des Z.____ und Dr. I.____ gaben zwar als Diagnose eine (leichte resp. mittelschwere resp. schwere) depressive „Episode“ an. Ihre

weiteren Feststellungen lassen jedoch darauf schliessen, dass sie von einem chronischen Verlauf resp. einem (seit 2005) anhaltenden depressiven Zustandsbild, mithin einer depressiven Störung, ausgehen. 3.5.4

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven „Störung“ ist nach der Rechtsprechung zwar nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt indessen jedenfalls, dass es sich dabei um ein selbständiges, von allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöstes depressives Leiden handelt (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.2 und 9C_140/2014 vom 7. Januar 2015 E. 3.3, je mit Hinweisen; vgl. auch das zur Publikation bestimmte Urteil des Bundesgerichtes 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 4.3.3 unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a). Überdies ist erforderlich, 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). 3.

E. 7

von 14 Seiten der Beschwerde schrift; ohne Deckblatt) in der Wiedergabe der Eingabe vom 29. November 2013 (Einwand) erschöpft (vgl. Urk. 1 S. 5 ff.), sind für das Abfassen der Beschwerdeschrift anstelle der insgesamt geltend gemachten 7,5 Stunden (vgl. die Positionen „Beschwerde/an Kl“ und „v Kl /Fertigstellung Beschwerde“) lediglich 4 Stunden zu entschädigen. Für das Jahr 2014 rechtfertigt sich somit ein Aufwand von 7.42 Stunden (10.92 Stunden abzüglich 3.5 Stunden), was unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Ansatzes von Fr. 200.-- zuzüglich einer Auslagenpauschale von 3 % auf Fr. 1'484.-- (= Fr. 44.50) und einer Mehrwertsteuer von 8 % auf Fr. 1'528.50 (= Fr. 122.30)

eine Parteientschädigung von Fr. 1'650.80 ergibt (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Für das Jahr 2015 (1.25 Stunden) ergibt sich unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich einer Auslagenpauschale von 3 % auf Fr. 275.-- (Fr. 8.25) und einer Mehrwertsteuer von 8 % auf Fr. 283.25

(= Fr. 22.66) eine Parteientschädigung von Fr. 305.90

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). 4.2.3

Dem mit Verfügung vom 9. Januar 2015 (Urk. 17) bestellten unentgeltlichen Rechtsvertreter ist somit eine Entschädigung in Höhe von Fr. 1'956.70 (Fr. 1'650.80 plus Fr. 305.90; inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zuzusprechen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an Rechtsanwalt Dieter Aebi verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Dieter Aebi, Wetzikon ZH,

wird mit Fr. 1 ' 956.7 0 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Dieter Aebi -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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

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