

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00984 vom 20. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00984

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00984 du 20 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00984 del 20 novembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Nachdem die Versicherte am 8. November 2012 ein erneutes Revisionsgesuch gestellt hatte (Urk. 7/96), holte die IV-Stelle unter anderem ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 17. Juli 2013 erstattet wurde (Urk. 7/111). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 7/114 - 115, Urk. 7/118) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. August 2014 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 7/120 = Urk. 2).

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur

geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

7. August 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben , und es sei ihr eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantra gte mit Beschwerdeantwort vom 1 6. Oktober 2014 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, aus somati scher Sicht sei im Vergleich zur letztmaligen Beurteilung im April 2011 von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen , und der Beschwerde führerin sei ihre bisherige wie auch eine adaptierte Verweistätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar. In psychiatrischer Hinsicht könne auf das Gutachten vom Juli 2013 abgestellt werden. Es sei demnach eine psychiatrische Verschlechte rung eingetr ete n, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in subjek tiver Weise eins chränke. Die neuen Diagnosen hätten nach Rechtsprechung nicht die erforderliche Intensität, als dass sie als invalidisierend gelten könnten (S. 2) .

Eine rechtlich bedeutsame Verschlechterung des psychischen Gesun d heitszustandes im Vergleich zur letztmaligen Verfügung vom April 2011 sei demnach nicht ausgewies en (S. 3).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, es sei aktenwidrig, dass im Gutachten vom Juli 2013 das Vorliegen einer post traumatischen Belastungsstörung (PTBS) verneint worden sei und

bei ihr kein sozialer Rückzug vorläge (S. 10 Ziff. 5.14 , S. 16 Ziff. 7.6).

Die diagnostizierte mittelgradige depress ive Episode habe Krankheitswert (S. 12 f. Ziff. 6.4-6). Sie sei durch die andauernde Depression massiv in der Erwerbstätigkeit und im Haushalt eingeschränkt (S. 13 Ziff. 6.7). Auch sei das V orliegen einer PTBS durch die schweren Traumatisierungen in der Kindheit und anschliessend in der Ehe ausgewiesen (S. 14 Ziff. 6.8) . D ie somatoforme Schmerzstörung sei nicht überwindbar (S. 17 Ziff. 7.7).

Da sie aufgrund der mindestens mittelschweren Depression auch im Haushalt eingeschränkt sei , liege der Gesamtinvaliditäts grad bei 60 % (S. 18 Ziff. 8.3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob in psychi atri scher Hinsicht seit April 2011 eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist . 3.

Im Urteil vom 1 0. Juli 2012 ist gestützt auf das psychiatrische

Gutachten von

Dr. med. Y.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom November 2010 (vgl. Urk. 7/63) und

gestützt auf das rheumatologische Gutachten von

Dr. med. Z.____ , Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom Oktober 2010 (Urk. 7/62) davon ausgegangen worden, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 7. April 2011 (Urk. 7/73) weder in ihrem angestammten Beruf als Detailhandlungsdienstleistungs- und Hauswartin noch in vergleichbaren Verweistätigkeiten gesundheitlich eingeschränkt war (vgl. Urk. 7/94 E. 5).

Insbesondere konnte der psychiatrische Gutachter Dr. Y.____

keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen, was so auch mit den Angaben der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt übereinstimmte. Die Beschwerdeführerin führte anlässlich der Begutachtung auch aus, sie habe sich subjektiv nie depressiv gefühlt (vgl. Urk. 7/63 S. 7 Ziff.

8.5-6). 4. 4.1

Zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung (Urk. 2) präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt:

Die Ärzte des A.____ , Spital B.____ , stellten in ihrem Austrittsbericht vom 16. September 2011 (Urk. 7/86/1-3 = Urk. 7/89/17-21) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) mit Anteilen einer PTBS (ICD-10 F43.1) mit/bei - schwerer Traumatisierung in der Kindheit - ausgeprägten generalisierten Schmerzen - chronische Epicondylopathie

humeroradialis links mehr als rechts, Erstdiagnose August 2007 - cervicospondylogenes und

-brachiales Syndrom - anamnestisch passagere Schwellung des oberen Sprunggelenkes links nach Belastung - Vitamin D-Mangel (supplementiert) - Hypoalbuminämie, BMI 18 kg/m²

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich zum ersten Mal vom 18. März bis 7. April 2011 bei ihnen in stationärer Behandlung befunden. Aufgrund eines lange geplanten Auslandsaufenthaltes sei die Therapie vom 8. bis 17. April 2011 unterbrochen worden mit geplantem Wiedereintritt (S. 1 oben). Die Beschwerdeführerin sei seit einem Gespräch am 3. Februar 2011 bei der RAV-Berufsberatung, wo sie unter anderem über ihre Kindheitserlebnisse erzählt habe, in eine depressive Stimmungslage mit vermehrten Schmerzen geraten. Sie habe an Gewicht abgenommen, leide unter Antriebsmangel und könne keine Freude mehr empfinden (S. 1 unten).

Der Beschwerdeführerin sei die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit ihrer ausgesprochen traumatischen Vorgeschichte sehr wichtig gewesen. Es sei ihr gelungen, Vertrauen zur Therapeutin aufzubauen und nach und nach sowohl über kunsttherapeutisches Gestalten als auch über das Erzählen die verschiedenen traumatischen Situationen insbesondere mit ihrem Stiefvater zu deponieren. Es sei ihr zunehmend gelungen, sich zu entspannen und in Kontakt mit ihrer inneren Ruhe zu kommen (S. 3 oben).

Sie habe zwar weiterhin Beschwerden, es sei jedoch der Austritt nach Hause vereinbart worden, um einen Hospitalismus zu vermeiden. Sie sei für das tagesklinische Programm angemeldet (S. 3 unten). 4. 2

Dr. med. C.____, Fachärztin für Physikalische Medizin, und für Rehabilitation und Rheumatologie, stellte in ihrem Bericht vom 31. Mai 2012 (Urk. 7/89/5-8 = Urk. 7/90 = Urk. 7/91) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - ausgeprägte depressive Störung mit - somatischem Syndrom - PTBS - ausgeprägten generalisierten Schmerzen - frozen

Shoulder links - chronische Epicondylopathia

humero

radialis links mehr als rechts - klinisch Verdacht auf Plica

humeroradialis links - Status nach Exzision des degenerierten Sehngewebes aus der musculus

extensor

carpi

radialis

brevis Sehne und Denervation links (Operation nach Nirschl) am 5. Februar 2009 - Verdacht auf primäres Raynaudphänomen - minim erhöhter Rheumafaktor (2008) - cervicospondylogenes Syndrom beidseits

Dr. C.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei vom 30. Januar 2003 bis 18.

März 2011 bei ihr in Behandlung gewesen. Eine IV-Untersuchung habe am 16. März 2012 stattgefunden (Ziff. 1.2).

Nachdem sie die Patientin nun ein ganzes Jahr nicht mehr gesehen habe, sei sie jetzt sehr verändert. Sie habe verängstigt, angespannt, zitterig und sehr unruhig gewirkt.

Dr. C.____ führte aus, es handle sich um eine untergewichtige, stark nervös und unruhig wirkende Patientin in vermindertem Allgemeinzustand. Die Prognose sei unbestimmt. Im Moment sei die psychische Situation der Patientin im Vordergrund. Sie leide an einer schweren Depression mit einer Angstkomponente, die ihren Alltag völlig beherrsche. Zusätzlich seien die Schmerzen in unveränderter Intensität vorhanden und auch durch starke Schmerzmittel nicht richtig vermindert (Ziff. 1.4). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb sich eine zusätzliche rheumatologische Beurteilung erübrige (Ziff. 1.6). Die psychische Einschränkung verhindere eine Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.7). 4. 3

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 27. November 2012 (Urk. 7/100) folgende Diagnosen: - anhaltende PTBS mit einer mittelgradigen Depression - anhaltende Anorexia nervosa - generalisierte Schmerzstörung

Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik ab dem 20. September 2011 regelmässig in seiner psychiatrischen Sprechstunde. Bis zum 25. Juni 2012 seien die Sitzungsfrequenzen wöchentlich gewesen. Da sich der psychische Zustand in dieser Zeit unter der Neueinstellung der Medikamente und der psychiatrischen Behandlung verbessert habe, habe die Sitzungsfrequenz ab Juli 2012 auf zweiwöchentlich

reduziert werden können. Die Patientin komme aber zusätzlich seit Juli 2012 regelmässig in die Gruppentherapie für Depressionspatienten mit PTBS, welche einmal im Monat durchgeführt werde. Die Beschwerdeführerin sei gemäss seiner fachlichen Abklärung weiterhin zu 100% arbeitsunfähig und in diesem psychischen Zustand auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Dr. D.____ führte aus, er könne als behandelnder Psychiater den Antrag bei der Invalidenversicherung nur unterstützen. Personen, welche an einer PTBS leiden, hätten ein Ereignis überstanden, welches ihr Leben oder ihre körperliche Integrität bedroht habe. Häufig riefen solche Erlebnisse kurzfristig heftige emotionale Reaktionen hervor wie Angst, Hilflosigkeit, Aggressivität oder Grauen. Aus diesem Grund seien Situationen zu vermeiden, welche die Patienten an das Trauma erinnern (S. 1). 4. 4

Dr. C.____ nannte in ihrem Bericht vom 14. Februar 2013 (Urk. 7/103) die gleichen Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 31. Mai 2012. Die Beschwerdeführerin habe selbst angegeben, es gehe ihr schlechter als vor einem Jahr, insbesondere von der Psyche her. Sie habe keine Lebensfreude mehr und keine Lust, irgendetwas zu unternehmen. Sie könne kaum den Haushalt führen und den Hund habe sie ebenfalls abgeben müssen, da sie die Betreuung nicht selbständig wahrnehmen können. Sie habe ein schlechtes Gewissen, da sie ihre Aufgaben zu Hause ebenfalls nicht voll wahrnehmen könne. Im Sommer sei es eher besser, jetzt mit der Kälte gehe es ihr deutlich schlechter. Schmerzen habe sie in beiden Ellbogen, in den Schultern beidseits und im Nacken ausstrahlend in die Brustwirbelsäule. Dr. C.____ führte aus, im klinischen Status zeige sich unverändert eine untergewichtige, nervös und unruhig wirkende Patientin in vermindertem Allgemeinzustand, die körperlichen Befunde seien unverändert zur Untersuchung vom Mai 2012. Insgesamt sei die Patientin vor allem wegen der ausgeprägten PTBS mit einer stark depressiven Komponente im Moment sicher zu 100% arbeitsunfähig. Die rheumatologische Problematik sei dadurch stark in den Hintergrund gerückt (S. 1). Die Prognose sei abhängig von der psychischen Situation, möglicherweise könne sich diese in den nächsten drei Jahren verbessern (S. 2). 4. 5

Am 17. Juli 2013 erstattete Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/111). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) auf dem Boden einer akzentuierten Persönlichkeit mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen. Als Differenzialdiagnose nannte er eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, abhängig und selbstunsicher (ICD-10 F61.0) und eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine unklare Essstörung (ICD-10 F50.9) bei anamnestisch Status nach Anorexia nervosa (S. 20 Ziff. 4).

Dr. E.____ führte aus, aufgrund der aktuellen depressiven Symptomatik, welche derzeit als mittelgradig eingestuft werden müsse, sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin einer Pharmafirma oder einer Tätigkeit im Detailhandel um 50% eingeschränkt. Die Begründung liege in der schweren Beeinträchtigung von Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit, im Weiteren mittelgradiger Einschränkung von Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Spontanaktivitäten sowie Planung als auch Strukturierung von Aufgaben (S. 25 Ziff. 6). Für eine angepasste Tätigkeit und auch im Haushalt müsse gleichermassen von einer 50%igen Einschränkung mit der gleichen Begründung ausgegangen werden (S. 26 Ziff. 7, S. 27 Ziff. 2). Es sei anzu

nehmen, dass diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits im April 2011 bestanden habe. Entsprechende depressive Symptome seien bereits im Austrittsbericht des A.____ des Spital B.____ erwähnt worden (S. 26 Ziff. 8). Eine rasche Integration in einen Arbeitsprozess wäre zu befürworten und würde der Fixierung auf das psychische Krankheitsbild entgegenwirken. Zudem benötige die Versicherte dringend eine Strukturierung ihres Alltags (S.

26 Ziff. 10).

Es handle sich um ein Leiden mit Krankheitswert. Psychosoziale Faktoren schienen nicht massgeblich beteiligt zu sein (S. 27 Ziff. 3). Eine Verbesserung des Gesundheitsstands sei grundsätzlich möglich (S. 28 Ziff. 5).

Dr. E.____ führte aus, in der psychiatrischen Anamnese falle eine Essstörung auf, welche zum heutigen Zeitpunkt eher in den Hintergrund getreten zu sein scheine (S. 23 oben).

Anlässlich der Untersuchung habe die Explorandin geklagt, an depressive Symptome und Schmerzzuständen zu leiden. Seit vier Jahren bestünden

gemäss Angaben der Beschwerdeführerin Angstzustände. Dr. E.____ führte aus, diese seien jedoch wenig fassbar. So habe die Beschwerdeführerin unter anderem angegeben, Angst vor den eigenen Katzen gehabt und diese schliesslich weggegeben zu haben. In der psychiatrischen Exploration sei eine reduzierte Stimmungslage feststellbar gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt gewesen. Es hätten Versagensgefühle, Gedankenkreisen und Insuffizienzgefühle bestanden. Lustlosigkeit, Interessenlosigkeit und ein sozialer Rückzug seien auf Anfrage vorhanden. Sowohl in der Untersuchung als auch in der entsprechenden Testung habe sich eine auffällige Persönlichkeit gezeigt (S.

23 Mitte).

Diagnostisch bestehe kein Zweifel am Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Es sei eine Persönlichkeitsaktuation mit vor allem abhängigen Zügen sicherlich vorhanden. Diese sei schwer abgrenzbar von einer Persönlichkeitsstörung. Eine solche wäre aber eher leichtgradig ausgeprägt.

Gemäss Aktenlage fänden sich keine eindeutigen Hinweise auf früher durchlaufene depressive Episoden, weshalb nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden könne (S. 23 unten f.). Die gegenwärtige Depression bestehe seit mindestens April 2011.

Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nicht sicher ausgeschlossen werden. Ein Zusammenhang zu den belastenden Kindheitserinnerungen sei durchaus möglich und könne zu emotionalen Konflikten geführt haben (S. 24 oben).

Eine PTBS könne hingegen nicht bestätigt werden. So habe die Explorandin nicht über ein wiederholtes Erleben des Traumas im Sinne von Nachhall Erinnerungen oder in Träumen berichtet. Zudem habe kein Gefühl von Betäubt sein oder emotionaler Stumpfheit respektive gar einer Gleichgültigkeit anderen Menschen gegenüber bestanden. Weiter seien keine Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, keine Anhedonie und keine Vermeidung von Aktivitäten oder Situationen, welche Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, zu finden. Auch sei keine vegetative Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung oder übermässiger Schreckhaftigkeit feststellbar.

Gemäss ICD-10 könne diese Störung nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten sei. Die genannten ausgeprägten generalisierten Schmerzen seien nicht geeignet, eine PTBS zu erklären. Gemäss ICD-10 seien hier belastende Ereignisse oder Situationen gemeint, die von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorriefen (S. 24 Mitte).

Dr. E.____ führte aus, zur bestehenden Depression müsse festgehalten werden, dass diese unter einer eher erstaunlichen medikamentösen Kombinationsbehandlung noch vorhanden sei. Diese Medikation entspreche nicht den aktuell anerkannten Leitlinien der Behandlung für eine mittelgradige depressive Episode und deute eher auf eine gewisse Polypragmasie hin (S. 24 f. unten).

Hinsichtlich der durchgemachten Hospitalisation im Spital B.____ falle auf, dass diese mindestens einmalig aufgrund eines Auslandsaufenthaltes der Versicherten habe unterbrochen werden können, was darauf hinweise, dass zu dem Zeitpunkt keine ausgeprägte depressive Episode schweren Ausmasses vorhanden gewesen sein dürfte. Es bleibe nicht vollständig nachvollziehbar weshalb es vor zwei Jahren zu einer psychischen Dekompensation gekommen sei, nachdem sich die Explorandin während der Begutachtung durch Dr. Y.____ im Jahr 2010 nie psychisch krank oder depressiv erlebt habe. Momentan bestehe eine starke Fixierung auf die psychischen Probleme, was die Prognose wenig günstig erscheinen lasse. Es wäre auch für den weiteren Krankheitsverlauf günstig, wenn die Versicherte wieder voll ins Alltagsleben und im Hinblick auf eine Wiederaufnahme einer Teilarbeitsfähigkeit beruflich reintegriert werden könnte (S. 25 Mitte). 4. 6

Dr. D.____

stellte in seinem Bericht vom 1. September 2014 (Urk. 3/4) folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 2 oben): - anhaltende PTBS (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F33.11) gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0)

Als somatische Diagnose nannte Dr. D.____ eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10 F45.3). Er führte aus, Dr. E.____

masse sich sehr viel an, wenn er denke, dass seine Begutachtung von wenigen Stunden ihm das Recht gebe, seine langjährige Therapie als nicht leitlinienkonform zu bezeichnen und ihn einer „gewissen Polypragmasie“ zu bezichtigen.

Es treffe tatsächlich zu, dass einige der nach ICD-10 vorhandenen Symptome der Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung entsprächen. Eines der wichtigsten Kriterien, dass die Abweichung stabil, bereits schon im Kindesalter oder in der Adoleszenz begonnen habe, treffe nicht zu. Dr. D.____ führte aus, sämtliche Kriterien für eine PTBS seien erfüllt; so das bedrohliche Ereignis durch Misshandlungen des Stiefvaters, Flash-Backs, Vermeidungsverhalten .

Weiter seien Ein- und Durchschlafstörungen bekannt, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit. Er halte an den im Spital B.____ gestellten Diagnosen fest (S. 1).

Seit dem letzten Bericht im März 2014 sei es in Zusammenarbeit mit der Rheumatologin Dr. C.____ möglich gewesen, die somatoforme Schmerzstörung in den Griff zu bekommen. Die Beschwerdeführerin habe gelernt, mit der Krankheit umzugehen und durch eine neuarbeitete Strategie nicht immer gleich den ganzen Haushalt auf einmal machen zu wollen und die Arbeit aufzuteilen, was wiederum ihre Schmerzen in Grenzen halte. Die Schmerzen seien aber nicht verschwunden und die somatoforme Schmerzstörung sei sicher noch vorhanden. Die Patientin sei in den letzten fünf Jahren mehrmals leitlinienkonform behandelt worden, wie von Dr. E.____ erwünscht, jedoch ohne nennenswerten Erfolg. Erst mit der aktuellen medikamentösen Therapie sei es gelungen, die Beschwerdeführerin stabil zu halten, sodass ein weiterer Klinikaufenthalt habe vermieden werden können. Im Gutachten von Dr. E.____ sei nirgends auf die nach wie vor bestehende Anorexia nervosa der Patientin eingegangen worden, obwohl diese im Alltag mindestens 40 % der Gedankengänge der Patientin einnehme (S. 2 Mitte). Zudem habe sie damals im Spital B.____ die Therapie unterbrechen müssen, um ihren schwerkranken Schwiegervater in F.____ zu besuchen, was therapeutisch damals wichtig gewesen sei (S. 2 unten).

Dr. D.____ führte aus, gemäss seiner fachlichen Abklärung sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig und sei bereits beim Haushalt erledigen überfordert. Sie weise starke Konzentrationsstörungen auf und zeige trotz Lithiumtherapie starke Stimmungsschwankungen. Der Ehemann müsse die Medikamente richten, da die Patientin auch mit der Einnahme der Medikamente überfordert sei und ihr die Konzentration fehle (S. 3 oben). 5. 5.1

Bei seit der letztmaligen Beurteilung des Gesundheitszustandes unverändert gebliebene m somatischen Gesundheitszustand ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. E.____ vom Juli 2013 (vorstehend E. 4.5) in psychiatrischer Hinsicht zwar von einer Verschlechterung aus, welche jedoch die Beschwerdeführerin lediglich subjektiv einschränke und daher keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (vorstehend E. 2.1) . 5.2

In somatischer Hinsicht lässt sich kein seit der letztmaligen Begutachtung durch Dr. Z.____ im Oktober 2010 (vorstehend E. 3) veränderter Gesundheitszustand entnehmen. Die Rheumatologin

Dr. C.____ sah die psychiatrische Problematik als für die Arbeitsunfähigkeit ursächlich im Vordergrund stehend an und

begründete fachfremd eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit der ausgeprägten PTBS mit einer stark depressiven Komponente. Auch suchte die Beschwerdeführerin die behandelnde Rheumatologin seit Mitte März 2011 nicht mehr auf und begab sich erst im Rahmen des eingeleiteten Revisionsverfahrens ab Mitte März 2012 wieder in deren Behandlung (vgl. vorstehend E 4.2 und E. 4.4) . 5.3

Eine psychisch bedingte Invalidität im Sinne des Gesetzes liegt nur dann vor, wenn ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen ist und es der betroffenen Person trotz Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, wegen ihrer Beschwerden nicht zuzumuten ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (BGE 130 V 352 f. E. 2.2.1, 131 V 49). 5.4

Kurz vor Erlass der Verfügung vom 7. April 2011 (Urk. 7/73) trat bei der Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres psychischen Zustandes ein. Hatte sie anlässlich der Begutachtung bei Dr. Y.____ im Oktober 2010 noch ausgeführt, sich nie depressiv gefühlt zu haben (vgl. vorstehend E. 3), war ihr Zustand im März 2011 derart, dass sie sich in stationäre Behandlung im Spital B.____ begeben musste. Auslöser war offenbar eine Besprechung bei der RAV-Berufsberatung im Februar 2011. Die Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte bei fortdauernden Beschwerden zur Vermeidung eines Hospitalismus (vgl. vorstehend E. 4.1). In der Folge stellten die behandelnden Ärzte übereinstimmend eine psychische Verschlechterung fest. Die Rheumatologin Dr. C.____ beschrieb, nachdem sie die Beschwerdeführerin ein Jahr nicht mehr gesehen hatte, dass diese nun sehr verändert, verängstigt, angespannt und unruhig und völlig von ihrer Depression beherrscht sei (vgl. vorstehend E. 4.2). Auch wenn Dr. C.____ keine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist, kann aus ihrer Beschreibung doch geschlossen werden, dass der psychische Zustand der Beschwerdeführerin stark im Vordergrund der Beschwerden stand. Der Psychiater Dr. D.____ führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin nach Austritt aus der Klinik von September 2011 bis Juni 2012 wöchentlich von ihm habe behandeln lassen. Nach einer dadurch und durch medikamentöse Behandlung eingetretenen Verbesserung habe die Sitzungsfrequenz ab Juli 2012 auf zweiwöchentlich reduziert werden können; die Beschwerdeführerin nehme aber zusätzlich eine monatliche Gruppentherapie wahr (vgl. vorstehend E. 4.3). Dr. C.____ stellte auch im Februar 2013 fest, dass die somatische Situation angesichts des psychischen Zustandes stark in den Hintergrund rücke und die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen arbeitsunfähig sei (vgl. vorstehend E. 4.4). Angesichts dieses Verlaufes und der konsequenten Befolgung der psychiatrischen Therapie kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht von einem nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden. 5.5

Dies wird durch das Gutachten von Dr. E.____ bestätigt, der im Wesentlichen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom auf dem Boden einer akzentuierten Persönlichkeit mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen diagnostizierte, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinflusst. Dieses Gutachten vermag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) zu genügen, wovon im Übrigen auch die Beschwerdegegnerin ausging (vgl. Urk. 2 S. 2 oben; Urk. 7/112/5). Dr. E.____ legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass die Beschwerdeführerin infolge der schweren Beeinträchtigung der Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit und der mittelgradigen Beeinträchtigung von Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Spontanaktivitäten und der Planung und Strukturierung von Aufgaben in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit wie auch im Haushalt zu 50 % arbeitsunfähig ist und dass diese Arbeitsunfähigkeit bereits im April 2011 bestanden hat. Dr. E.____ schloss psychosoziale Faktoren aus (vgl. vorstehend E. 4.5). Somit ist ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen.

Aus objektiver Sicht (vgl. vorstehend E. 5.3) erscheint eine Haushalt- und Erwerbstätigkeit aufgrund der Beurteilung durch Dr. E.____ lediglich im Umfang von 50 % zumutbar. Auch wenn es sich bei einer mittelgradigen depressiven Episode rechtsprechungs- und definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, schliesst dies eine - allenfalls vorübergehende

invalidenversicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht aus. Dies insbesondere, als die Beschwerdeführerin eine konsequente, sogar stationäre Therapie

wahrnahm und -nimmt und gemäss Beurteilung durch Dr. D.____ nach mehrjähriger Therapie dennoch kein nennenswerter Erfolg erzielt werden konnte. Es sei erst mit der aktuellen medikamentösen Therapie gelungen, die Beschwerdeführerin stabil zu halten, wodurch ein weiterer Klinikaufenthalt habe vermieden werden können (vgl. vorstehend E. 4.6). Es ist somit nicht auszuschliessen, dass es sich vorliegend um ein therapieresistentes Leiden handelt (vgl. dazu die Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2; 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1; 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5).

5.6

Dr. E.____

verneinte dagegen ausdrücklich das Vorliegen einer PTBS und verwies zur Rechtfertigung auf die von Dr. D.____ (vorstehend E. 4.3 und E. 4.6) unberücksichtigt gebliebenen Kriterien zur Diagnostik nach ICD-10. Auch gemäss der Praxis des Bundesgerichtes kann die Diagnose einer PTBS nur gestellt werden, wenn die Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis aufgetreten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. Februar 2008 8C_242/2007 E. 2.3.3 sowie vom 22. August 2007 I 750/2006 E. 3.2.1).

Dies ist vorliegend ausgewiesenermassen nicht der Fall. So befand sich die Beschwerdeführerin bis zur Begutachtung durch Dr. Y.____

im Herbst 2010 nicht in psychiatrischer Behandlung und begab sich erstmals im Jahr 2011 in eine solche. Indes bestätigte sie anlässlich der Begutachtung bei Dr. Y.____, sich nie psychisch krank gefühlt zu haben (vgl. vorstehend E. 3).

Hinsichtlich der Anorexia nervosa ist auszuführen, dass diese schon im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Z.____ und Dr. Y.____ als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit befunden wurde, und auch

Dr. E.____

die Essstörung als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete.

Nachdem Dr. D.____ zur Begründung der nach seiner Ansicht vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf nicht ausgewiesene Diagnosen abstellte, ist der Beurteilung durch Dr. E.____, wonach die Beschwerdeführerin in allen Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig ist, zu folgen. 6.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 8.

Dezember 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin wäre im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbs- und zu 20 % im Haushalt tätig aus (vgl. Urk. 1 S. 18; Urk. 7/73 S. 3; Urk. 7/94 E. 5.4).

E. 6.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen

und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 6.3

Die Parteien gehen übereinstimmend von einem hypothetischen Validen ein kommen von Fr. 53'950.-- aus (Urk. 7/112/6; Urk. 1 S. 18). Dabei handelt es sich um das im Gesundheitsfall bei der G.____ AG in einem Pensum von 70 % erzielbare Einkommen (vgl. Urk. 7/13 in Verbindung mit Urk. 7/34). Hinzuzurechnen ist hierbei jedoch das als Hauswartin erzielte Einkommen (vgl. Urk. 7/73/3), was gemäss IK-Auszug durchschnittlich Fr. 6'012.-- (Urk. 7/47; Fr. 7'093.-- + Fr. 4'931.-- / 2) beträgt. Damit ist von einem hypothetischen Validen einkommen von Fr. 59'962.-- auszugehen. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jeglicher Tätigkeit, somit auch in der angestammten, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen Fr. 29'981.-- (Fr. 59'962.-- x 0.5).

Entgegen der Vorbringen der Beschwerdeführerin rechtfertigt sich kein behinderungsbedingter Abzug, da der psychischen Beeinträchtigung mittels der teilweisen Arbeitsunfähigkeit bereits genügend Rechnung getragen wird. Damit ergibt sich für den Erwerbsbereich eine Einschränkung von 50 % , was bei einer Gewichtung von 80 % einen Teil- Invaliditätsgrad von 40 % ergibt (50 x 0.8).

E. 6.4

Im Haushaltbereich ergibt sich bei einer Gewichtung von 20 % und einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein Teil-Invaliditätsgrad von 10 % (50 x 0.2). Nach Addition der beiden Teilbereiche besteht ein Gesamtinvaliditätsgrad von 50 % und damit Anspruch auf eine halbe Rente.

E. 6.5

Das Wartejahr begann im April 2011 zu laufen (vgl. Urk. 7/111 S. 26 Ziff. 8) und endete dementsprechend im März 2012. Zwar meldete sich die Beschwerdeführerin erst am 8. November 2012 erneut bei der Beschwerdegegnerin an (vgl. Urk. 7/96). Es ist aber dennoch nicht von einem Anspruchsbeginn sechs Monate nach Geltendmachung (Art. 29 Abs. 1 IVG) auszugehen, denn die Beschwerdeführerin brachte bereits im Rahmen des früheren Beschwerdeverfahrens am 20. Mai 2011 (Urk. 7/78/3 ff.) ihren stationären Aufenthalt und damit die Verschlechterung zur Kenntnis (vgl. Urk. 7/78/24). Das hiesige Gericht erachtete im Urteil vom 10. Juli 2012 denn auch eine Verschlechterung ab April 2011 als möglich und überwies deshalb die Sache nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils an die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/94 E. 5.5 und Dispositiv- Ziff. 1). Es rechtfertigt sich deshalb, als Zeitpunkt der Geltendmachung das Datum der Beschwerde vom 20. Mai 2011 festzusetzen. Damit beginnt der Rentenanspruch ab Ablauf des Wartejahrs, somit ab 1. April 2012. Dies führt zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides und zur Gutheissung der Beschwerde. 7 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Ausgangsgemäss steht der obsiegenden Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim bis Ende 2014 gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 27. August 2014 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. April 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 5 .

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

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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