

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00240 vom 24. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00240](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00240)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00240 du 24 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00240 del 24 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1978, arbeitete

seit dem 1. September 2005 mit einem Pensum von 100 % als Büroangestellte für die

Y.\_\_\_\_ ( Urk. 11/2/5 , 11/5 und 11/10 ) , als sie am 1. Januar 2009 mit dem Personenwagen ihrer Mutter

verunfallte, der darauf in Brand geriet und einen Totalschaden erlitt ( vgl. Urk. 11/7).

Am 5. und am 6. Januar 2009 suchte die Versicherte

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, auf. Er stellte Hämatome fest und attestierte der Versicherten zuerst keine ( Urk. 11/8/110 ) , dann jedoch am 9. Januar 2009 ab dem 6. Januar 2009 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 11/8/102 ) . Diese bestätigte er weiter bis Ende Februar 2009 , anschliessend bescheinigte er bis Ende April 2009 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 11/8/53, 11/8/71, 11/8/100, 11/8/102 , 11/8/110 und 11/9 ).

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) als Unfallversicherer richtete der Versicherten Taggelder aus und übernahm Heilbehandlungskosten (vgl. Urk. 11/8). Sie liess am 17. April 2009 ein ambulantes Assessment in der A.\_\_\_\_

durchführen, gemäss welchem weitere Abklärungen erforderlich erschienen (vgl. Urk. 11/8/54 ff.). Am 24. April 2009 sprach die Arbeitgeberin der Versicherten die Kündigung per Ende Juli 2009 aus (Urk. 11/1/2).

Die Versicherte meldete sich im

August 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an, da sie beim Autounfall ein Schleudertrauma erlitten habe und seither gesundheitlich beeinträchtigt sei (vgl. Urk. 11/

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

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

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

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

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.4**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Begründung ihrer Verfügung vom 20. Januar 2015 auf die Ausführungen der Gutachter des B.\_\_\_\_, insbesondere diejenigen von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Demnach sei der Beschwerdeführerin nach Ablauf der einjährigen Wartezeit (November 2013) keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar (Urk. 2).

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, es dürfe nicht vollumfänglich

auf die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_

abgestellt werden. Vielmehr seien für die Zeit von Januar 2009 bis November 2012 die echtzeitlichen und ausführlichen Beurteilungen durch die behandelnden und gutachterlich tätigen Fachärzte massgebend (vgl. Urk. 1 und 18). 3.3.1

Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im August 2009 (vgl. Urk. 11/2). Es steht somit ein Rentenanspruch ab dem 1. Februar 2010 zur Diskussion (Art. 29 Abs. 1 IVG). Dabei ist zum Teil strittig und zu prüfen, wie sich die medizinischen Verhältnisse,

namentlich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, zwischen dem 1. Februar 2009 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2015 präsentierten. Diesbezüglich lässt sich den vorinstanzlichen Akten Folgendes entnehmen:

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 20. Januar 2015 liess die Versicherte mit Eingabe vom 19. Februar 2015 (Urk. 1) Beschwerde erheben. Ihre Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin Sabine Furthmann, beantragte, es sei der Beschwerdeführerin bereits ab dem 1. Februar 2010 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen und die beantragten Beweise seien abzunehmen, insbesondere seien die genannten Zeugen und die Beschwerdeführerin zu befragen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Ferner ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und um Bestellung als unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 13. April 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Davon wurde der Gegenpartei mit Verfügung vom

17. April 2015 Kenntnis gegeben, mit welcher ihr die unentgeltliche Prozessführung gewährt und die beantragte unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt wurde (Urk. 12). Mit Beschluss vom 1. März 2016 wurde die Beschwerdeführerin darauf aufmerksam gemacht, dass das Gericht die Verfügung zu ihrem Nachteil ändern könnte (reformatio in peius), und es wurde ihr Gelegenheit eingeräumt, um dazu Stellung zu nehmen (Urk. 14). Sie tat dies mit Eingabe vom 5. April 2016 (Urk. 18) und reichte eine ärztliche Bestätigung des behandelnden Psychiaters vom 19. März 2016 ein (Urk. 24; vgl. auch Urk. 22 und 23). Davon wurde der Beschwerdegegnerin Kenntnis gegeben (vgl. Urk. 19 und 25).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen (vgl. Urk.

## **E. 3**

/6, 3/7, 3/8, 3/11 und 24) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.2**

Nebst den eingangs erwähnten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bis Ende April 2009 verfasste Dr. Z. \_\_\_ am 18. Juni 2009 einen Bericht, in dem er einen Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule am 1. Januar 2009 mit Frontalkollision, ein residuelles

zervikovertebrales und zervikobrachiales

Schmerzsyndrom rechts und anhaltende rezidivierende Kopfschmerzen als Diagnosen festhielt (Urk. 11/8/37).

Sämtliche Angaben bestätigte er später schriftlich gegenüber der IV-Stelle und erklärte, die Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Mai 2009 betrage 0 %

(Bericht vom 16. September 2009; Urk. 11/9, insbesondere 11/9/5).

### **E. 3.3**

Vom 27. August bis zum 22. Oktober 2009 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der A. \_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 28. Oktober 2009 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 11/12/2):

A.

Unfall vom 01.01.2009: PW-Frontalkollision

HWS-Distorsion QTF II (ohne MTB), Prellung beider Kniegelenke

A1

Persistierendes, zervikovertebrales Schmerzsyndrom

A2

Migräneartiger Kopfschmerz rechtsseitig A3

Intermittierend Schwankschwindel ( Otoneurologische Untersuchung vom 08.09.2009: Zentrale Störung des Gleichgewichts– sinns , DD medikamentös; DD stark funktionell und phobisch verursacht; wahrscheinlich unfallfremde leichte Hörstörung rechts) B.

Leichtgradige depressive Episode mit zusätzlichen Es sattacken nach Unfall (mit prot r ahiierten Schmerzen) und einem sehr kränkenden Stellen verlust bei anankastisch -leistungsorientierter Persönlichkeit (ICD 10: F32.0, F50.4, Z73.1)

C.

Adipositas .

Aktuell bestehe eine leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten ganztags zumutbar. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit werde ein erleichterter Wiedereinstieg vorerst halbtags mit sukzessiver Ausdehnung des Arbeitspens ums zum Vollpensum innerhalb einer Zeitspanne von etwa 2 3

Monaten empfohlen ( Urk. 11/12/3). 3 . 4

Am 6. November 2009 begab sich die Beschwerdeführerin in die ambulante Behandlung von

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Psychi atrie und Psychotherapie. Diese wies in ihrem Bericht vom 2 8. Dezember 2009 darauf hin, dass die Patientin vor dem Unfall vom 1. Januar 2009 unter keinen psychischen Schwierigkeiten gelitten habe ( Urk. 11/18/45) , und diagnostizierte aktuell eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.25, 4 3.22). Differential diagnostisch seien eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1 ) , eine nicht organische Schlaf störung mit Al b träumen, neben einer schmerzbedingten Schlafstörung, Ess-Attacken bei sonstiger psychischer Störung (ICD-10: F50.4) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) in Betracht zu ziehen ( Urk. 11/18/46).

Bis heute könne

die Patientin die Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses nicht nachvollziehen, da sie bereit gewesen sei, sich seit dem Sommer 2003 für diese Stelle aufzuopfern. Jetzt, wo sie im Zusammenhang mit den Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit nach dem Unfall darauf angewiesen gewesen sei, dass ihr der Arbeitgeber entgegen komme, habe sie die Kündigung erhalten.

Zu den Befunden wurde festgehalten, dass der Autounfall für die Patientin eine lebensbedrohliche Erfahrung gewesen sei . Insbesondere sei es schockierend gewesen, dass das Auto abgebrannt sei, kurze Zeit nachdem sie es verlassen ha b e. Noch heute habe sie

Flashbacks, bei denen sie in der Nacht beim Schlafen gestört werde durch den Geruch von Rauch. Sie habe dann grosse Ängste, dass es brenne, sie leide auch unter Alpträumen von Bränden und von ihrem brennenden Auto, die ihr bis heute Schlafprobleme bereiten würden. Daneben gebe es schmerzbedingte Schlafprobleme ( Urk. 11/18/45).

Sie fühle sich seit dem Unfall hilflos, traurig, überfordert, sehr reizbar, alleine gelassen und mache sich immer wieder grosse Vorwürfe. Es bestünden auch kognitive Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit. Ihren Aussagen zufolge habe die Patientin seit dem Unfall 25 kg zugenommen. Das Essen lenke sie für kurze Zeit von ihren körperlichen und seelischen Schmerzen ab. Inzwischen habe die Gewichtszunahme ihr Selbstwertgefühl derart einbrechen lassen, dass sie sich auch sozial immer mehr zurückziehe. Sie kämpfe mit bisher nie gekannten Selbstaversionen, vor allem in Bezug auf ihren von Schmerzen und Übergewicht gezeichneten Körper ( Urk. 11/18/46).

Dr. E.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2009 eine 100%ige und ab dem 19. März 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 11/22/7). 3 . 5

Am 10. Februar 2010 wurde die Beschwerdeführerin vom Kreisarzt der Suva, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, untersucht (vgl. Urk. 11/18/26 ff.). Bei dieser Gelegenheit erklärte sie auch, dass es bei der psychiatrischen Behandlung vorwiegend um die Schmerzen gehe, die ihr Alltagsleben stark einschränken würden. Die psychischen Beschwerden stünden nicht im Vordergrund. Das Hauptproblem seien ihre Schmerzen und dass sie sich nicht bewegen könne ( Urk. 11/18/29). Aufgrund der erhobenen somatischen Befunde und nach Einsichtnahme in die Röntgen- und MRI Aufnahmen gelangte Dr. F.\_\_\_\_ zum Schluss, dass er keinen objektivierbaren Grund habe, an der in A.\_\_\_\_ erfolgten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

zu zweifeln. Er halte medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitstätigkeit als Sachbearbeiterin im Büro oder in einer anderen körperlich leichten Tätigkeit als zumutbar ( Urk. 11/18/33).

Ferner notierte

Dr. F.\_\_\_\_, dass ihm

während der aktuellen klinischen Untersuchung das erhebliche und gemäss Angaben der Explorandin seit dem Unfallereignis angefallene Übergewicht aufgefallen sei. Daneben zeige sie ein massives Schmerzdemonstrations- und Schmerzvermeidungsverhalten. Tonuserhöhungen der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur seien nur zeitweise vorhanden. Ausserhalb der expliziten Untersuchungssituation werde auch der Kopf normal bewegt und werde der rechte Arm normal eingesetzt. Das erschwerte Gleichgewicht sei bei unauffälligem Unterberg-Tretversuch und normalem Sternengang organisch nicht erklärbar ( Urk. 11/18/32).

Med. pract. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Versicherungspsychiatrischen Dienst der Suva untersuchte die Beschwerdeführerin am 26. Februar 2010 (vgl. Urk. 11/18/3 ff.). Er diagnostizierte eine reaktive depressive Störung, aktuell leichten Grades (ICD 10: F32.01), mit erheblicher Selbstwertproblematik und Störungen des Essverhaltens (ICD-10: F50.4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Explorandin sei aufgrund der depressiven Störung bei noch anhaltender Schmerz- und körperlicher Beschwerdeproblematik kaum über eine Halbtages-tätigkeit hinaus belastbar. Von der Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung sei eine

bedeutsame Beschwerdeverbesserung zu erwarten, es müsse jedoch mit einem Zeitraum zwischen sechs Monaten und einem Jahr gerechnet werden ( Urk. 11/22/27) . 3 . 6

Die Beschwerdeführerin wechselte am 19. März beziehungsweise am 23. April 2010 in die Behandlung von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, der ihr eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Urk. 11/22/7).

In einem ersten Zwischenbericht vom 22. Juli 2010 ( Urk. 11/24/2 und 11/24/3) diagnostizierte er eine psychische Dekompensation mit depressiven, phobischen und somatischen Symptomen nach mehrfachen Schicksalsschlägen bei bis anhin lebensbewährter Persönlichkeit (tragende Stütze einer Immigrantenfamilie, sequentielle Traumatisierung). Die eher statistisch und administrativ ausgerichtete ICD-Katalogisierung werde seines Erachtens diesem komplexen Fall kaum gerecht. So bleibe die beschreibend zutreffende Klassifikation F32.01 vor dergründig, da das Erscheinungsbild durch die erhaltene persönlichkeitsbedingte Abwehr wesentlich mitbedingt sei, dafür eben vermehrt somatische Symptome und unkontrollierte Impulshandlungen zum Zuge kämen (ICD-10: F50.4 u.a.). Dabei seien auch zweifelsohne posttraumatische Elemente festzustellen, auch wenn sie eben nicht so isoliert daherkämen, um eine PTBS (ICD-10: F43.1) zu diagnostizieren. Seit dem Unfall sei es zu einer eklatanten Übergewichtsentwicklung gekommen.

Für die Patientin sei es auch schwierig, von einer gewissen in den Vorbehandlungen entstandenen Medikamentenabhängigkeit loszukommen. Bezüglich der vielfältigen körperlichen Symptome zeige sich eine grundlegende Angstproblematik. Dies habe zu mannigfachen somatischen Abklärungen geführt, die immerhin relative Beruhigungen gebracht hätten. Bei Angstdurchbrüchen nehme sie entgegen ihren eigenen rationalen Bedenken auch aussermedizinische Hilfe in Anspruch. Dies zeige einerseits die Tiefe der Befindlichkeitsstörung, könne aber auch ein Hinweis darauf sein, dass alternative Methoden durchaus zur Stabilisierung der auf allen Ebenen psychisch, sozial und körperlich aus dem Gleichgewicht geratenen Frau beitragen könnten (Urk. 11/24/2).

Aktuell sei die Arbeitsunfähigkeit gesamthaft auf 100 % festzusetzen, nachdem das RAV die Patientin nach drei Monaten als nicht vermittelbar eingestuft habe, da sie kaum über 1-2 Stunden eine Tätigkeit ohne Schmerzstörung durchhalten könne. Nach den Angaben der Patientin stelle dies nur eine formelle Änderung dar und keinen Wechsel der Arbeitsfähigkeit, da die Bemühungen des RAV bloss als Arbeitsversuch gegolten hätten und mit dem Vertrauenspsychiater der Suva besprochen worden sei, dass 50 % als Unfallfolge die Suva beträfen, dagegen 50 % als Krankheit ihre Erwerbsunfähigkeitsversicherung bei der Helsana. Längerfristig scheine ihm nach relativer Stabilisierung die Einschaltung einer persönlichen Betreuung im Sinne eines Jobcoaches als angebracht (Urk. 11/24/3).

Am 2. Dezember 2010 vermerkte Dr. H.\_\_\_\_ ein unverändertes Beschwerdebild. Die fortgeführte antidepressive Medikation zeige keinen wesentlichen Erfolg. Zudem habe sich eine ungünstige Gewöhnung an einen hohen Schmerz- und Schlafmittelkonsum eingestellt, der in der aktuellen Situation kaum ambulant abbaubar sei. Die von der Suva geforderte Festlegung der Arbeitsunfähigkeit bezeichnete Dr. H.\_\_\_\_ als problematisch, zumal bereits wiederholt eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden habe (Urk. 11/27/34 f.).

In einem weiteren Bericht vom 7.

März 2011 ( Urk. 11/26) diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_

erneut eine schwere somatisch-psychische Dekompensation mit depressiven, phobischen und vielfältigen somatischen Symptomen und Beschwerden (zur Zeit im Gefolge der massiven Übergewichtsentwicklung) nach mehrfachen traumatisierenden Schicksalsschlägen bei bis anhin lebensbewährter Persönlichkeit, überdies eine mittelgradige depressive Episode mit Angst- und Fressanfällen, Herzrasen bei Status nach Autounfall und eine Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22). Anamnestisch hielt er unter anderem fest, dass sich die Patientin nach einer traumatisch bedingten Krise, die auch ihre Ehe mitzerstört habe, gut zu erholen schien und ihre Arbeit wieder aufzunehmen planen konnte, als sie den Autounfall erlitt. Trotz dieses neuen Schicksalsschlages habe sie an ihrem Rehabilitationsplan festgehalten und versucht, zeitweilig ihre Arbeit wieder aufzunehmen. Eine neuerliche Enttäuschung dadurch, dass die Vorgesetzten sie entgegen den Abmachungen schliesslich fallen liessen, habe vermutlich die vermehrt depressive und regressive Entwicklung in Gang gesetzt, die offenbar auch durch den stationären Rehabilitationsaufenthalt nicht aufgefangen werden können. Zum Befund hielt

Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass hinter der aufrechterhaltenen Fassade die hochverängstigte regressive Befindlichkeit durch Durchbrüche völliger Perspektivlosigkeit, Tränen, Ängste, in ihrem Sein nicht zur Realisierung ihrer Wünsche als Frau zu kommen, sichtbar werde. Die sonst kommunikative, aktive und hilfsbereite Patientin habe sich ganz auf ihren engsten Familienkreis zurückgezogen, zeige aber auch darin eine starke Scham- und Rücksichtsproblematik. Die Suche nach Zuversicht habe die sonst rational wirkende Patientin in die verzweifelte Suche nach Hilfe auch bei Hellsehern und zu Fressanfällen getrieben. Wegen einer Häufung zusätzlicher somatischer Probleme sei sie ständig in anderweitiger ärztlicher Behandlung (hauptsächlich bei Dr. Z.\_\_\_\_). Mindestens während der aktuellen Beobachtungszeit betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (Urk. 11/26/2).

Bis zum 31. August 2011 bestätigte Dr. H.\_\_\_\_

bei unveränderten Diagnosen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 11/27/9 und 11/40/31). 3.7

Im Auftrag der Helsana Versicherungen AG als Krankentaggeldversicherer unter suchte

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin am 20. September 2010 und erstattete am 30. September 2010 ein psychiatrisches Gutachten (vgl. Urk. 11/50/6 ff.). Darin erwähnte er unter anderem, dass die Versicherte ihren Angaben zufolge schon vor dem Unfall vom Januar 2009 wegen psychischer Probleme vorübergehend bei Dr. H.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen sei. Diese Probleme dürften traumatischer Natur gewesen sein. Dr. H.\_\_\_\_ habe ihm gegenüber erklärt, dass die Versicherte nicht nach aussen darüber sprechen wolle. Sie habe damals gesagt, dass diese Problematik bewältigt sei (Urk. 11/50/14).

Bei der Untersuchung habe Dr. I.\_\_\_\_ ein Zustandsbild erhoben, das im Wesentlichen demjenigen bei der Abklärung durch den Psychiater der Suva im Februar 2010 und in stärkerer Form demjenigen aus dem psychiatrischen Konsil in A.\_\_\_\_ im September 2009 entsprochen habe (Urk. 11/50/23).

Dr. I. \_\_\_ gelangte zum Schluss, dass psychodynamisch gesprochen ein psychosomatischer Leidenszustand mit ausgesprochen regressiven Tendenzen vorliege. Einerseits sei die Versicherte nach der Kündigung in eine subjektiv erlebte völlige Invalidität geraten, was ihre Leistungsfähigkeit betreffe. Andererseits hätten sich – möglicherweise im Zusammenhang mit der Remerontherapie

– Essattacken respektive ein von ihr als süchtig bezeichnetes Essverhalten eingestellt, womit sie die physischen Schmerzen und die Kränkungsemotionen zu kompensieren versuche. Dieser Leidenszustand lasse sich am ehesten als Anpassungsstörung (ICD-10: F43.25) mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten klassifizieren (Urk. 11/50/23 f.). Ein wesentlicher Bestandteil dieser Anpassungsstörung sei das geklagte Nackenschmerzsyndrom mit seiner Ausweitung auf Knie und Rücken. Begleitet respektive interdependent verstärkt werde die Störung von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Verstimmung, die von früheren Untersuchern unter ICD-10: F32.01/F32.1 klassifiziert worden sei. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung könne seines Erachtens nicht ausgegangen werden, wenngleich die Versicherte über starke Erinnerungen an den Unfall und den Brandgeruch berichte. Ob andere, ihm nicht bekannte Traumata eine Rolle spielen könnten, vermöge er nicht zu sagen (Urk. 11/50/24).

So wie die Versicherte die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ihm gegenüber dargestellt habe (mit grossem Ausmass an Autofahren und an sozialen Kontakten mit den Mitarbeitern auf Baustellen; eigenständiges Beurteilen und Einschätzen der durch diese verursachten Schäden), sei die Versicherte aktuell wahrscheinlich mehrheitlich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Sollte diese Tätigkeit aber vorwiegend nur leichtere Büroarbeit mit Telefonaten und PC-Arbeit gewesen sein, so wären etwa sechs Stunden pro Tag, allenfalls mit einer Pause zumutbar. Die Produktionsleistung sei dabei wahrscheinlich um 20 %

reduziert (Urk. 11/50/25 f.). Bei leichteren Büroarbeiten bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % (Urk. 11/50/28). 3.8

Med. pract. G. \_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin am 18. Januar 2011 erneut psychiatrisch und diagnostizierte eine anhaltende depressive Störung leichteren Grades (ICD-10: F32.01), eine Störung des Essverhaltens mit erheblichem Übergewicht (ICD-10: F50.4) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1), weswegen ihr lediglich eine leichte, gut strukturierbare und überschaubare Arbeitstätigkeit im Bürobereich im Umfang von 50 % zumutbar sei, je nach Verlauf mit langsamer schrittweiser Steigerbarkeit (vgl. Urk. 11/27/19 ff.). 3.

## **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. 9**

Aufgrund einer Intoxikation mit Zolpidem / Sirdalud und des Verdachts auf Hypothyreose wurde die Beschwerdeführerin am 6. Juni 2011 notfallmässig ambulant im Spital J. \_\_\_ behandelt. Gemäss den Angaben des Toxikologie-Zentrums waren bei der eingenommenen

Dosis von 40 mg Zolpidem keine Komplikationen zu erwarten. Bei leicht erhöhtem TSH und grenzwertig tiefem fT3 würde eine latente Hypothyreose als möglich erachtet. In Anbetracht der depressiven Verstimmung wurde geraten, eine probatorische Thyroxinsubstitution in Erwägung zu ziehen (Urk. 11/27/11 und 11/27/12). 3.

#### **E. 10**

Das Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 17. April 2012 (Urk. 11/40) basiert auf internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen vom 30. Januar 2012. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein zervikal und lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik festgehalten (ICD-10: M54.80) bei fortgeschrittener Osteochondrose LWK4/5, klinisch bildgebend ohne Kompromittierung neuraler Strukturen (ICD10: M51.2). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), die Adipositas, der Verdacht auf Migräne (ICD 10: G43.9V) und der Status nach erosiver Gastritis und Bulbitis 09/10 (ICD-10: K29.1Z).

Aus orthopädischer Sicht besteht für die angestammte Tätigkeit im Büro keine Arbeitsunfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Dabei handle es sich um eine Somatisierungsstörung. Ansonsten könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Auch aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bezüglich des Verdachts auf Migräne sei die Arbeitsfähigkeit bei Anfällen reduziert. Daraus ergebe sich jedoch keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt sei die Explorandin aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte Bürotätigkeit und für andere körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeiten voll arbeitsfähig (Urk. 11/40/23). 3.

#### **E. 11**

/50 /

#### **E. 14**

).

Insbesondere habe Dr. D.\_\_\_\_ zum damaligen Zeitpunkt

keine Kenntnis vom Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 30.

September 2010 gehabt (Urk. 1 S. 9 mit Hinweis auf Urk. 3/20 und 3/21).

Hierzu ist generell festzuhalten, dass ein Gutachter eine Explorandin in der Regel nur für eine beschränkte Zeit sieht und sich aus der Anzahl und der Dauer der geführten Gespräche keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit eines Gutachtens ziehen lassen. Einen krankheitswertigen Befund oder das Fehlen eines solchen kann ein erfahrener Diagnostiker ohne Weiteres auch nach einem einmaligen Gespräch feststellen. Eine Mindestdauer ist bei einem solchen nicht zwingend einzuhalten.

Den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_

lässt sich insbesondere entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre aktuellen Beschwerden und deren Behandlung, ihre sozialen Verhältnisse,

ihren Tagesablauf etc. eingehend schilderte. Es fand eine ausführliche Anamnese- und Befunderhebung statt (vgl. Urk. 11/40/10-13).

Unter diesen Umständen kann offen bleiben, wie lange die fragliche Exploration tatsächlich gedauert hat. Unbestritten ist, dass Dr. D.\_\_\_\_

auf die Einholung von fremdanamnестischen Auskünften verzichtete. Zwar ist bei psychischen Störungen eine Fremdanamnese häufig wünschenswert, sie ist aber ebenso wenig zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass Dr. I.\_\_\_\_ sowohl beim behandeln den Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ als auch beim behandelnden Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ telephonisch Informationen eingeholt hatte. Von der 2008 erlittenen sexuellen Nötigung erhielt er dadurch jedoch ebenfalls keine Kenntnis. Dr. H.\_\_\_\_ erwähnte ihm gegenüber lediglich, dass er die Beschwerdeführerin wegen eines traumatischen Erlebnisses vor dem Autounfall behandelt habe und das Trauma sie nicht mehr beschäftige (Urk. 11/50 / 12). Vor diesem Hintergrund bestand für Dr. D.\_\_\_\_ kein Anlass für weitere Nachforschungen, zumal solche auch nicht wegen entsprechender Befunde geboten schienen. Bereits an dieser Stelle ist ferner zu bemerken, dass selbst Dr. H.\_\_\_\_

damals trotz Kenntnis der sexuellen Nötigung keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte (vgl. Urk. 11/24/2).

Der Mangel bezüglich der fehlenden Kenntnis des Gutachtens von Dr. I.\_\_\_\_ vom 30. September 2010 wurde geheilt, indem Dr. D.\_\_\_\_ am 6. Februar 2013 sein Gutachten nach Einsichtnahme in jenes und in weitere Unterlagen bestätigte (vgl. Urk. 11/66). Er bemerkte zutreffend, dass er am 30.

Januar 2012 im Wesentlichen unauffällige psychopathologische Befunde erhoben hatte (Urk. 11/66/3; vgl. Urk. 11/40/12 und 11/40/13): So hielt er damals fest, dass die altersentsprechend aussehende, leicht adipöse Explorandin einen gepflegten Eindruck mache. Sie sei ruhig, entspannt und die Stimmung sei ausgeglichen. Lebhaft berichtete sie von ihren Schmerzen und von ihrem Alltag. Der Antrieb sei unauffällig. Zum Teil lächelte sie auch, wenn sie über erfreuliche Dinge berichtete. Die affektive Modulationsfähigkeit sei nicht aufgehoben und der affektive Kontakt zum Untersucher gut. Es seien keinerlei depressive Symptome feststellbar. Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen einer Konzentrationsschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt. Sie habe auch nicht über Ängste berichtet. Aus ihren Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf eine Veränderung der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages ergeben. Die Explorandin habe einen gewissen Lebensverleider erwähnt, sich aber explizit von Suizidgedanken oder Suizidimpulsen distanziert.

Darüber hinaus berücksichtigte Dr. D.\_\_\_\_ bereits in seinem ersten Gutachten

vom 15. März 2012 die Resultate einer bei der Beschwerdeführerin entnommenen Blutprobe. Demnach lag der Blutspiegel des eingenommenen Antidepressivums weit unter dem therapeutischen Bereich, was Dr. D.\_\_\_\_ als Hinweis darauf deutete, dass die Explorandin im Gegensatz zu ihren Angaben das verordnete Antidepressivum nur unregelmässig einnehme. Die unregelmässige Einnahme sei ein Hinweis darauf, dass sich die

Explorandin nicht besonders depressiv fühle, was die diagnostische Einschätzung bestätige ( Urk. 11/40/14). Dem hält die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin entgegen, dass sich ihre Mandantin seit der Sleeve -Operation des Magens vom November 2011 täglich mehrmals erbreche. Aus diesem Grund stehe sie nach wie vor in Behandlung ( Urk. 11/51/4). Diese Ausführungen allein vermögen die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ jedoch nicht entscheidend zu relativieren, zumal die Beschwerdeführerin entsprechende Beschwerden weder bei der internistischen noch bei der psychiatrischen Untersuchung vom 30. Januar 2012 erwähnte (vgl. Urk. 11/40/8 ff.) . Ebenso wenig ergaben sich Hinweise in diese Richtung aus den damals vorhandenen medizinischen Unterlagen .

Soweit Dr. D.\_\_\_\_ die aktuelle Situation beurteilt hat, hat er die von den anderen Fachärzten gestellten psychiatrischen Diagnosen ausreichend diskutiert und seine eigene Einschätzung nachvollziehbar begründet (vgl. Urk. 11/40/14 und 11/40/15). Anderes verhält es sich bezüglich der retrospektiven Beurteilung, wonach ausser der Somatisierungsstörung keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden könne ( Urk. 11/40/14). Diesbezüglich mangelt es insbesondere an einer einleuchtenden Erklärung dafür, weshalb auch in der Vergangenheit – abweichend von anderen fachärztlichen Einschätzungen – keine depressive Störung und kein anderes psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu diagnostizieren gewesen sei. Die Stellungnahme zu früheren psychiatrischen Einschätzungen basiert lediglich auf den aktuell erhobenen Befunden. Insoweit erweist sich der Vorwurf einer ungenügenden Auseinandersetzung mit von der eigenen Beurteilung abweichenden Einschätzungen anderer Fachärzte als zutreffend (vgl. Urk. 1 S. 6 und 9 ). 4.3

Zu Recht wird von keiner Partei in Frage gestellt, dass das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2013 ( Urk. 11/97) sämtliche formalen Kriterien eines rechtsprechungskonformen Gutachtens erfüllt (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a).

Es mangelt indessen an einer nachvollziehbaren Begründung der neu gestellten Diagnosen. Hinsichtlich des psychopathologischen Befundes hielt Dr. D.\_\_\_\_ im Wesentlichen erneut fest, dass die altersentsprechend aussehende Explorandin einen gepflegten Eindruck mache. Sie sei zunächst etwas zurückhaltend gewesen, habe sich im Laufe der Untersuchung aber entspannt. Sie habe schnell und viel gesprochen und eine lebhaft Mimik und Gestik gezeigt. Die Stimmung sei bedrückt , herabgesetzt und depressiv. Die Explorandin habe vor allem über ihre Ängste und ihre Unmöglichkeit, sich ausser Haus zu bewegen, und über ihre innere Unsicherheit und ihre Panik geklagt. Sie habe einen Lebensverleider erwähnt, sich aber von Suizidgedanken und Suizidimpulsen distanziert. Der affektive Kontakt zum Untersucher sei eher distanziert gewesen . Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen einer Konzentrationsschwäche gezeigt. Sie habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt, ihre Ausführungen anschaulich. Das Denken sei auf ihre Beschwerden eingengt. Sie zeige kein Gedanken abreißen , keine Neologismen und keine Gedankenleere. Aus ihren Schilderungen hätten sich auch keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages ergeben (Urk. 11/40/9).

Angesichts der erhobenen psychopathologischen Befunde erscheint es nicht ohne Weiteres als nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin zu 100 %

arbeits unfähig sein soll, weil sie unter diffusen Ängsten leide, sich nichts zutraue, sich kaum getraue, die Wohnung alleine zu verlassen, sich bedroht und auch in ihrer Wohnung unsicher fühle, nachdem sie von ihrem Vater zusammengeschlagen worden sei, keine sozialen Kontakte ausserhalb ihrer Familie pflege und psychisch kaum mehr belastbar sei (Urk. 11/97/11). Ausführungen zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hat Dr. D.\_\_\_\_ keine gemacht.

Es erscheint auch in sich widersprüchlich, wenn einerseits festgehalten wird, das Zustandsbild habe sich trotz jahrelanger ambulanter und stationärer psychiatrischer Therapie nicht wesentlich verändert (Urk. 11/97/11), andererseits aber ausgeführt wird, das Zustandsbild habe sich seit er letzten Untersuchung vom 30.

Januar 2012 deutlich verschlechtert (Urk. 11/97/10). In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die massive Angst und Verunsicherung, womit die Arbeitsunfähigkeit zu einem grossen Teil begründet wird, vor den der Beschwerdeführerin gegenüber verübten Tötlichkeiten ihres Vaters von Anfang August 2013 in dieser ausgeprägten Form

nicht aktenkundig waren. Vor diesem Hintergrund leuchtet es auch nicht ein, weshalb Dr. D.\_\_\_\_ die 100%ige Arbeitsunfähigkeit nunmehr rückwirkend ab November 2012 attestiert. Der Beschwerdeführer ist dahingehend beizupflichten, dass es dafür an einer (nachvollziehbaren) Begründung mangelt (Urk. 1 S. 7). Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdeführerin ab dem erwähnten Zeitpunkt stationär psychiatrisch behandelt wurde (vgl. Urk. 11/59/1). Mit dem Austrittsbericht der C.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2012 (Urk. 11/59), welcher der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bei Klinikaustritt bescheinigt und in dem erstmals von einer Angst, alleine das Haus zu verlassen, und von einer Angst vor dunkelhäutigen Männern die Rede ist, hat sich Dr.

D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten indessen nicht auseinandergesetzt. Insbesondere fehlt eine Diskussion der seit 2009 in den diversen medizinischen Unterlagen gestellten psychiatrischen Diagnosen und der in diesem Zusammenhang attestierten Arbeitsunfähigkeiten, die für eine ordnungsgemässe retrospektive Beurteilung zwingend erforderlich wäre. Eine solche findet sich auch nicht in der ergänzenden Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2014. Die (richtige) Feststellung, dass die Aktenlage widersprüchlich sei, genügt jedenfalls nicht (Urk. 11/132). 4.4

Aus dem Gesagten folgt, dass auf die gutachterlichen Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ nicht ohne Weiteres

abgestellt werden kann. Gestützt darauf lässt sich weder ein Rentenanspruch zwischen Januar 2010 und November 2013 verneinen (vgl. auch Urk. 1 S. 8) noch lässt sich ein Anspruch auf eine ganze Rente ab November 2013 bejahen. 5. 5.1

Es bleibt zu prüfen, ob sich der Rentenanspruch mit den echtzeitlichen Arztzeugnissen und den weiteren vorhandenen medizinischen Unterlagen beurteilen lässt. 5.2

Die Arztzeugnisse der behandelnden Fachärzte weisen zum Teil erhebliche Diskrepanzen auf. So wurde der Beschwerdeführerin in der A.\_\_\_\_ Ende Oktober 2009 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, wobei ihre Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen leicht eingeschränkt sei (Urk. 11/12/3). Demgegenüber bescheinigte Dr. E.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin nur wenige Tage später eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen einer Anpassungsstörung (vgl. Urk. 11/18/46 und 11/22/7). Eine (gutachterliche) medizinische Beurteilung dieser Kontroverse geht aus den vorhandenen Akten nicht hervor. 5.3

Erst ab dem 19. März 2010 ging Dr. E.\_\_\_\_ – ohne Angabe einer Begründung – von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 11/22/7). Davor war der Suva-Kreisarzt med. pract. G.\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 26. Februar 2010 zum Schluss gelangt, es bestehe wegen einer reaktiven depressiven Störung, aktuell leichten Grades (ICD-10: F32.01), mit erheblicher Selbstwertproblematik und Störungen des Essverhaltens (ICD-10: F50.4) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der letztgenannten Einschätzung stellt sich aufgrund der Ausführungen von med. pract. G.\_\_\_\_

indessen die Frage, ob und inwiefern nebst der psychischen Problematik auch die von der Beschwerdeführerin geklagte anhaltende Schmerz- und körperliche Beschwerdeproblematik

mitberücksichtigt wurde (vgl. Urk. 11/22/27). Angaben zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche sich angesichts der teilzeitlichen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit aufdrängen würden, wurden weder von Dr. E.\_\_\_\_ noch von med. pract. G.\_\_\_\_

gemacht. 5.4

Die Beschwerdeführerin wechselte erst am 19.

März beziehungsweise am 23.

April 2010 wieder in die Behandlung von Dr. H.\_\_\_\_, der ihr zuerst eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Urk. 11/22/7). Auf seine Ausführungen kann für den hier (unter anderem) interessierenden Zeitraum zwischen dem

1. Februar 2009 und dem 19. März 2010 somit von vorneherein nicht abgestellt werden. Dasselbe würde zumindest für den Zeitraum von Frühling 2009 bis zum 19. März 2010 gelten, wenn es zutreffen sollte, dass die Beschwerdeführerin Dr. H.\_\_\_\_ auch im Frühjahr 2009 vereinzelt konsultierte, wie er es in seinem Bericht vom 8. September 2013 erstmals offenbart (Urk.

11/85/1).

Seinen Angaben zufolge standen im Sommer 2010 Ängste im Vordergrund, die zu mannigfachen somatischen Abklärungen führten, die immerhin relative Beruhigung brachten (Urk. 11/24/2). Am 22. Juli 2010 ging Dr. H.\_\_\_\_ – bei einer als seit Behandlungsbeginn stationär bezeichneten Symptomatik – den noch neu von einer Arbeitsunfähigkeit von 100%

aus, die er lediglich damit begründete, dass das RAV die Beschwerdeführerin nach drei Monaten als nicht vermittelbar eingestuft habe, da sie kaum

über 1-2 Stunden eine Tätigkeit ohne Schmerzstörung durchhalten könne (Urk. 11/24/3). Eine nachvollziehbare zeitliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, auf die abgestellt werden kann, liegt damit nicht vor, ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Am 2. Dezember 2010 vermerkte Dr. H.\_\_\_\_

zwar erneut ein unverändertes Beschwerdebild. Er verzichtete aber trotz einer entsprechenden

Aufforderung der Suva darauf, Angaben zur Arbeitsunfähigkeit zu machen, da bereits wieder holt eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden habe ( Urk. 11/27/34 f.). Die einen Tag darauf gegenüber der Helsana Versicherungen AG bestätigte Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Urk. 11/27/29) erscheint vor dies Hintergrund zumindest als fraglich.

In einem weiteren Bericht vom 7. März 2011 erwähnte Dr. H.\_\_\_\_, dass wegen einer Häufung zusätzlicher somatischer Probleme ärztliche Behandlungen, hauptsächlich bei Dr. Z.\_\_\_\_, stattfänden. Mindestens während der aktuellen Beobachtungszeit betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % . Zur Begründung führte er an, dass die Rehabilitation wegen ständiger somatischer Abklärungen und Behandlungen noch nicht in Angriff genommen werden könne ( Urk. 11/26/2). Diese Angaben vermögen ebenfalls nicht zu überzeugen, zumal Dr. H.\_\_\_\_ im selben Dokument von einer wöchentlichen psychotherapeutischen und medikamentösen antidepressiven Behandlung berichtet e ( Urk. 11/26/2) , die er rund ein Jahr zuvor wieder aufgenommen haben dürfte (vgl. Urk. 11/22/7) .

Entgegen der von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung lässt sich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die von derjenigen der anderen Fachärzte zum Teil deutlich abweicht, auch nicht allein mit der Tatsache begründen, dass Dr. H.\_\_\_\_ Kenntnis vom sexuellen Übergriff vom 30. Mai 2008 hatte (vgl. Urk.

## **E. 18**

S. 3) drängt sich unter den gegebenen Umständen nicht auf. Der angefochtene Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ; GSVGer ). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Lediglich der Vollständigkeit halber bleibt mit Bezug auf den in der Beschwerde schrift gestellten Eventualantrag (vgl. Urk. 1 S. 2) festzuhalten, dass die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung allein im Hinblick auf die beantragten Beweisabnahmen beantragt wurde , auch wenn in den betreffenden Ausführungen

Art. 6 EMRK erwähnt wurde ( Urk. 1 S. 2, 4 , 6 und 12 ). Sie sind

wie bereits dargelegt

ungeeignet , den medizinischen Sachverhalt zu klären. Solange dieser nicht hinreichend abgeklärt wurde , erscheint es auch nicht erforderlich, die zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin an ihrem letzten Arbeitsort und zu dortigen Spannungen offerierten Beweise abzunehmen. Es ist folglich darauf und auf die Durchführung einer Verhandlung zu verzichten. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit

Hinweisen). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen. 6.2

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer ). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ).

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin weist in der einge reichten Kostennote vom 14. April 2016 (Urk. 21) für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 19,56 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 129.10 aus. Diese Aufwendungen erscheinen – insbesondere im Hinblick auf die geänderte Aktennummerierung und den damit verbundenen Mehraufwand (vgl. Urk. 16) – gerade noch als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerde führerin folglich wie beantragt eine Prozess entschädigung in der Höhe von Fr. 4'786.90 (inklusive Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2015 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 ab Februar 2010 neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Sabine Furthmann, Zürich 1, eine Prozessent schädigung von Fr. 4'786.90 (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sabine Furthmann - 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 Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigGohl Zschokke

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