

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00627 vom 30. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00627

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00627 du 30 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00627 del 30 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, arbeitete zuletzt seit dem 1. September 2008 bei der Stadt O.____ in der Sozialberatung (Fragebogen für Arbeitgebende vom 14. März 2012, Urk. 8/11). Am

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 11. Juni 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 13. Mai 2014 aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen aus dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) zu gewähren, insbesondere sei ihr ab dem 7. November 2012, Abschluss Wartejahr, bis zum 30. April 2014 eine ganze und ab dem 1. Mai 2014 eine Dreiviertelsrente auszurichten. Eventuell sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zur vollständigen Feststellung des Sachverhalts, wie in der Beschwerde dargelegt, und Erlass eines neuen Vorbescheides, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

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 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).

E. 2.2

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. 2.3

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. 2.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich folgendermassen: 3.1

Med. pract. Z.____, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 21. März 2012 (Urk. 8/14) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die aktuelle depressive Episode bestehe seit November 2011. Die Beschwerdeführerin habe bereits 2004 und 2008 ein Burn-out erlitten. Sie sei damals vorü D.____ ehend ambulant-psychiatrisch sowie mit medikamentöser antidepressiver Therapie mit Cipralex behandelt worden, so dass die Beschwerden abgeklungen und die Behandlungen beendet worden seien. Im November 2011 habe sie unter körperlichen Symptomen wie Fieber und Abgeschlagenheit sowie erhöhtem Blutdruck und kardialen Beschwerden, für welche kein körperliches Korrelat gefunden worden sei, gelitten. Zudem seien Abgeschlagenheit, Erschöpfung, Energiemangel, Tagesmüdigkeit und Gedankenkreisen hinzu gekommen. Die Hausärztin habe eine Erschöpfungsdepression festgestellt und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es sei eine antidepressive Therapie mit Cipralex 10

mg begonnen worden. Darunter habe das Gedankenkreisen etwas abgenommen und die Beschwerdeführerin habe sich etwas erleichtert gefühlt. Durch den Arbeitgeber sei ein Case Management in Auftrag gegeben worden. Die Beschwerdeführerin sei ihnen zur ambulant

en

psychiatrischen Therapie zugewiesen worden, die erste Konsultation sei am 5. März 2012 erfolgt. Aktuell fänden wöchentliche Konsultationen statt. Die medikamentöse Therapie mit Cipralext solle ausgeweitet werden, aktuell würden sie die tägliche Dosis auf 20 mg erhöhen.

Die Beschwerdeführerin sei im Kontakt freundlich, offen, wach und allseits orientiert. Es lägen keine mnestischen Störungen vor. Die Aufmerksamkeit und Auffassung seien ungestört, die Konzentration sei eingeschränkt. Im formalen Denken sei sie adäquat und kohärent. Es bestehe Gedankenkreisen. Sie leide nicht an inhaltlichen Denkstörungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei sie vordergründig angepasst-euthym. Es bestehe innere Leere, Freudlosigkeit, Interesslosigkeit und der Antrieb sei deutlich vermindert. Es liege Morgentief, Früherwachen und eine Grübelneigung vor. Sie habe starke innere Anspannung, Unruhe und Nervosität und sei deutlich agitiert. Es bestehe schnelle Ermüdbarkeit, generelle Erschöpfung und Tagesmüdigkeit. Sie leide an Ein- und Durchschlafstörungen sowie reduziertem Appetit. Von Suizidalität habe sie sich glaubhaft distanziert.

In der bisherigen Tätigkeit sei sie dahingehend eingeschränkt, dass die hohe Belastung am Arbeitsplatz zu den genannten Symptomen geführt habe. Seit dem 7. November 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Beim Wiedereinstieg in die Arbeit solle auf ein klar begrenztes Pensum, ein weniger belastendes Umfeld mit klar definierten Tätigkeiten und Schnittstellen und auf das Einhalten der Ruhezeiten sowie regelmässiger Pausen geachtet werden. Die Tätigkeiten sollten in Ruhe und ohne Zeitdruck erledigt werden können. Ab Juni 2011 könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von maximal 30 % gerechnet werden.

Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien mittelgrad eingeschränkt (Urk. 8/14). 3.2

Dr. med. A.____, Praktische Ärztin, notierte in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 3. April 2012 (Urk. 8/15 S. 6 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) seit November 2011. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Hypertonie, ebenfalls seit November 2011. Seit dem 7. November 2012 (richtig: 2011; vgl. Urk. 8/11 S. 9) sei sie zu 100 % arbeitsunfähig als kaufmännische Angestellte. Sie sei in ihrer Tätigkeit eingeschränkt aufgrund ihres Konzentrationsvermögens, der starken Ermüdbarkeit und Unruhe. In somatischer Hinsicht sei sie nicht eingeschränkt. Ab Juni 2012 könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 20 % gerechnet werden (Urk. 8/15). 3.3

Prof. Dr. phil B.____, Neuropsychologin, und Dr. med. C.____, FMH Neurologie, hielten in ihrem Bericht vom 6. Februar 2013 zuhanden med. pract. Z.____ (Urk. 8/29) fest, die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert, eine rechtsschreibende Ambitexterin und im Kontakt freundlich und zurückhaltend. Die Kooperation sei nicht eingeschränkt, sie arbeite sehr leistungsorientiert mit.

Es falle klinisch eine verminderte Konzentrationsspanne auf. Kurze visuelle Prüfungen der gerichteten und der geteilten Aufmerksamkeit habe sie bezüglich Arbeitstempo und

Fehlerkontrolle normgerecht bearbeitet. Eine längerdauernde visuelle Prüfung der Konzentration habe sie mit leicht abnehmendem Arbeits tempo bearbeitet, bei schnellerem Tempo seien zu viele Auslassungsfehler auf getreten . Eine auditive Prüfung der geteilten Aufmerksamkeit habe die Beschwerdeführerin schon auf einfacher Anforderungsstufe überfordert .

Das Altgedächtnis sei erhalten, die visuelle Merkfähigkeit regulär, das verbal-auditive Lernen normgerecht, der Spontanabruf nach einer Stunde sei diskret vermindert, das Wiedererkennen sei gut. Das visuo-räumliche Lernen sei quantitativ schwächer als das verbale, der Gedächtnisabruf einer korrekt kopierten komplexen geometrischen Figur sei quantitativ regelrecht, jedoch mit ungenauer räumlicher Erinnerung.

Die höhere visuelle, auditive und taktive Verarbeitung sei erhalten. Ein Würfel habe sie spontan nicht zeichnen können , eine Kopie sei nur mit Mühe gelungen . Die Schrift sei ohne neurologische Besonderheiten.

Das Imitieren von bimanuellen Figuren sei ihr ausgesprochen schwer gefallen , unimanuelle nicht vertraute Gesten habe sie sofort korrekt nachgemacht. Verglichen mit der figuralen Ideenproduktion sei die sprachliche quantitativ diskret vermindert in beiden Modalitäten, es lägen keine Perseverationen oder Regelbrüche vor. Die verbale Interferenzkontrolle sei schnell und das Konzeptlernen und Konzeptumstellen sei problemlos.

Zusammenfassend zeige die aktuelle Untersuchung Funktionsminderungen in Prüfungen der gerichteten Konzentration und der auditiven geteilten Aufmerksamkeit (ADS), eine diskrete nicht-sprachliche Lern- und Gedächtnisschwäche und konstruktive-praktische Schwierigkeiten beim Zeichnen und beim Imitieren von manuellen Mustern. Zusammen mit den anamnestischen Angaben , insbesondere der Nicht-Rechtshändigkeit, den schulischen Schwächen im Kopfrechnen, Zeichnen und in den sprachlichen Fächern, entsprechen die aktuellen Befunde frühkindlich erworbenen Teilleistungsschwächen.

Aus neuropsychologischer Sicht sei die aktuelle Leistungsfähigkeit auf ca. 50 % zu schätzen für eine Tätigkeit, die in stressarmer Umgebung ausgeführt werden könne (Urk. 8/29). 3.4

Dr. med. D. ___ MBA, leitende Ärztin E. ___ , untersuchte die Beschwerdeführerin im Auftrag der Pensionskasse der Stadt Winterthur . In ihrem Bericht vom 25. Februar 20

E. 7

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-62), was der Beschwerdeführerin am 25. Juli 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin dafür, dass die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen nicht invalidisierend seien. Die depressive Episode gelte gemäss Rechtsprechung als überwindbar und habe nicht die erforderliche Intensität, dass sie als invalidisierend gewertet werden könne. Die Beschwerdeführerin habe dank der guten Begleitung ihre Tätigkeit bereits wieder aufnehmen können.

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass die Annahme der Überwindbarkeit der depressiven Episode eine willkürliche Sachverhaltsfeststellung

darstelle, da sie sich nicht durch die medizinische Akte nlage stützen lasse. Sie habe seit dem 1. Mai 2014 eine Anstellung im Bereich KV-Mitarbeiterin bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) erhalten und leiste wöchentlich ein Pensum von 16.8 Stunden. Eine 20%ige Abweichung der Arbeitsfähigkeit zwischen der ärztlichen Beurteilung und den tatsächlichen Gegebenheiten sei bei psychischen Erkrankungen nicht ungen - wöhnlich. Da in der neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 8/29) eine Leistungsfähigkeit von 50 % festgehalten wurde, ergäbe dies bei einem 60%-Pensum eine tatsächliche Arbeitsfähigkeit von 30 % , womit das heutige 40%-Pensum der gesundheitlichen Einschränkung angemessen sei, bzw. bereits leicht über der Belastbarkeitsgrenze liege. Das Wartejahr beginne am 7. November 2011. Die Arbeitgeberin habe eine Sozialstelle zur Verfügung gestellt, der Lohn habe dabei offensichtlich nicht der Leistung entsprochen . Der Invaliditätsgrad könne damit ausnahmsweise analog mit der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit bestimmt werden. Somit stehe ihr ab dem 7. November 2012 bis zum 31. April 2014 eine ganze Rente zu. Ab dem 1. Mai 2014 werde sie pro Monat Fr. 2'846.-- verdienen. Da sie optimal eingegliedert sei, resultiere gestützt auf einen Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 60 % , so dass sie Anspruch auf eine Dreiviertelrente habe. Sie verdiene in der jetzigen Tätigkeit überdurchschnittlich, so dass anzunehmen sei, dass sie in einem 60%-Pensum nicht mehr verdienen würde als heute bei 40 % . Auch würde sich in einer Verweistätigkeit die attestierte Leistungsmin derung auswirken. Der Sachverhalt sei vollständig abgeklärt, lediglich die Feststellung der Beschwer - degegnerin sei willkürlich (Urk. 1).

In der Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest (Urk. 7), dass leichte bis höchstens mittelschwere depressive Störungen als therapeutisch angehenbar gälten. Auch sei für das vorliegende Beschwerdebild eine psychophysische Erschöpfung aufgrund beruflicher Belastung verantwortlich. Eine solche psychosoziale Belastungssituation spreche ebenfalls gegen eine Leistungspflicht. 2.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

(Urk. 8/30) diagnostizierte sie eine depressive Störung mit gegenwärtig mittelschwerer Ausprägung (ICD-10 F32.1) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1). Die mittelschwere depressive Episode chronifizierte sich langsam. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit März 2012 in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit 14-tägigen Einzelsitzungen und nehme zuverlässig ihre antidepressive Pharmakotherapie. Trotz dieses Behandlungssettings hätten die Symptome nur leicht vermindert werden können , es fände sich heute ein chronifiziertes Bild der oben erwähnten Störungen. Die mittelschwere Depression führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ängstliche und vermeidende Persönlichkeitsanteile wirkten sich zum einen erkrankungsbegünstigend in Bezug auf Depressionen aus und würden zum anderen die Behandlung und in diesem Fall auch die berufliche Wiedereingliederung erschweren. Seit dem 7. November 2011 sei sie

durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt und krankgeschrieben worden. Auch heute sei sie nicht fähig, einem Arbeitstraining nachzugehen, welches ein Pensum von 40 bis 50 % übersteige. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe weiterhin. Sie sei sehr kooperativ in Bezug auf Absprachen mit ihrer Case Managerin und die ambulante Behandlerin. Die Beschwerdeführerin wünsche, die eigene Arbeitsfähigkeit wieder zu steigern. In der Behandlungs- und Arbeitstrainingsplanung sei immer wieder die tatsächliche und zumutbare Belastbarkeit zu überprüfen. Insbesondere dürfe sich bei einer zu raschen Steigerung des Arbeitspensums keine Überforderung und somit die Gefahr einer Zunahme der depressiven Symptomatik ergeben. Vorsichtig prognostisch sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht davon auszugehen, dass sie mittel- oder langfristige eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 60 % erreichen werde (Urk. 8/30 S. 7 f.). 3.5

Dr. Y.____

diagnostizierte in seinem zuhause der Beschwerdeführerin erstellten psychiatrischen Gutachten vom 16. Juli 2013 (Urk. 8/45 S. 7) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01/11) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte er eine Akzentuierung der ängstlichen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1).

Die Beschwerdeführerin sei pünktlich zum vereinbarten Termin gekommen und habe das Untersuchungszimmer mit unauffälligem Gang betreten. Sie habe ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewirkt. Während des Gespräches habe sie sehr präzise Angaben in Bezug auf ihre Lebensgeschichte gemacht und habe ihre Krankheitsentwicklung fließend und genau geschildert, was auf ganz unauffällige mnestiche Funktionen hindeute. Im formalen Denken sei sie geordnet, wenngleich vermehrt eingeengt auf die eigenen Ängste und Befürchtungen. Inhaltlich ergäben sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei sie initial stark verängstigt und verunsichert gewesen, im Verlauf der Exploration sei sie jedoch zunehmend zuversichtlicher geworden. Insgesamt präsentiere sie sich deprimiert und affektilabil, die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert, affektiv sei sie modulierbar, ein affektiver Rapport sei gut herstellbar. Im Antrieb sei sie leicht vermindert, motorisch wenig lebhaft. Es ergäben sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung (Urk. 8/45 S. 7).

Die erhobene Sorgfaltsleistung, die Konzentrationsleistung und das Bearbeitungs tempo seien durch schnittlich. Die Testausführung des Aufmerksamkeits-Belastungs-Tests sei qualitativ und quantitativ durchschnittlich. In der Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS) habe sie einen Gesamtscore von 13.6 Punkten erzielt, was auf einen mittleren Grad der Beeinträchtigung durch die Angststörung hinweise. In sämtlichen Unterskalen habe sie einen erhöhten Wert. Insbesondere würden sie die agoraphobische Vermeidung, antizipatorische Angst und Behinderung bzw. Einschränkung belasten (Urk. 8/45 S. 7).

Anlässlich seiner Untersuchung vom 4. Juli 2013 habe sie Symptome einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode gezeigt, was die Remissionstendenz ihrer depressiven Störung bestätige. Nach der dritten depressiven Episode mit zwei Remissionsphasen könne in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Eine rezidivierende depressive Störung schränke die psychische Belastbarkeit der Betroffenen aufgrund der anhaltend reduzierten psychischen Belastbarkeit bzw. anhaltend

reduzierten „energetischen Reserven“ mit konsequentem vermehrtem Erholungsbedarf nachhaltig ein. Auch die berufliche Eingliederung sollte während der Rückbildung der depressiven Symptome sowie während der Remissionsphase vorsichtig und stufenweise vorgenommen werden, weshalb eine vorsichtige und stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Juni 2012 als fachgerecht zu betrachten sei. Die etablierten therapeutischen Massnahmen seit März 2012 hätten bereits zur Teilrückbildung der depressiven Symptomatik geführt und seien weiterhin als erfolgsversprechend zu betrachten. Damit sei mit einer weiteren Verbesserung des psychischen Zustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu rechnen und ab dem 1. November 2013 könne von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Bei depressiv bedingter anhaltend reduzierter psychischer Belastbarkeit mit konsequenter schnellerer Ermüdung bzw. vermehrtem Erholungsbedarf sei eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr zu erwarten. Unter den etablierten therapeutischen Massnahmen könne aber von einer Erhaltung der 60%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. November 2013 ausgegangen werden (Urk. 8/45 S. 8 f.).

Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin, geltend für jegliche Tätigkeiten dem Bildungsniveau entsprechend, sei folgendermassen festzuhalten: - 100 % ab November 2011 bis Ende Mai 2012 - 80 % ab Juni bis Ende August 2012 - 70 % ab September 2012 bis Ende April 2013 - 60 % ab 1. Mai bis Ende Oktober 2013 - 40 % ab 1. November 2013 bis auf weiteres

Die Beschwerdeführerin habe die Bürotätigkeit wieder aufgenommen womit kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten bestehe. Unter konsequenter Weiterführung der etablierten therapeutischen Massnahmen sei ab dem 1. November 2013 von der Herstellung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine weitere Verbesserung sei bei bereits aufgetretenen rezidivierenden depressiven Störungen nicht mehr zu erwarten (Urk. 8/45 S. 9). 4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____

vom 16. Juli 2013 beruht auf den fachärztlichen Untersuchungen durch Dr. Y.____ und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 8/45 S. 2 ff.) abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte (Urk. 8/45 S. 9 f.). Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Insofern erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien (E. 2.4). Die Beweiskräftigkeit des Gutachtens blieb auch seitens der Parteien unbestritten (Urk. 1 S. 4; Urk. 7) .

Nach der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der

Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.2

Das Bundesgericht hat wiederholt erkannt, dass leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (mit Hinweisen: Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.2). Damit eine mittelschwere depressive „Störung“ ausnahmsweise als invalidisierend bewertet wird, muss eine konsequente Depressionstherapie befolgt werden, 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).

Dr. Y.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (E. 3.5), welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich therapierbar ist und somit zu keiner invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung führt.

In Bezug auf die Behandlung ist des Weiteren auszuführen, dass die Beschwerdeführerin ab dem 5. März 2012 zu Beginn wöchentlich ambulante Konsultationen bei med. pract. Z.____ hatte, welche sie auch medikamentös behandelte (Urk. 8/14 S. 2). Später fanden - nebst der medikamentösen Therapie - lediglich noch Einzelsitzungen alle 14 Tage statt (Urk. 8/30 S. 7). Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung erfolgte nicht (vgl. Urk. 8/14 S. 1; Urk. 8/15 S. 6). Ob dies als konsequente Depressionstherapie zu werten ist, welche das Leiden als resistent ausweist, ist zumindest fraglich.

Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben anlässlich der Untersuchung durch Dr. Y.____

bereits ca. 2004

eine erste Krise erlitten habe. Es sei für sie am Arbeitsplatz alles zu anstrengend gewesen, sie habe nur noch geweint und gezittert und einen kompletten Kontrollverlust erlebt. Sie habe die Arbeitsstelle dann gekündigt und sich in psychiatrische Behandlung begeben, wo ihr auch Cipralex verschrieben worden sei. Bis Juni 2004 sei sie arbeitsunfähig gewesen, danach habe sich ihr Zustand gebessert und sie sei in die Ferien gefahren.

Im Anschluss

habe sie sich fit gefühlt für die Stellensuche, habe sich aber die Bänder und Sehnen am linken Fussgelenk gerissen und sei unfallbedingt bis Herbst 2004 krank geschrieben worden. Am 1. Februar 2006 habe sie die Arbeit beim Sozialamt F.____ aufgenommen und ab Herbst 2006 habe sie dann je eine Stelle à 50 % aufgenommen und sei dann ganz zum Sozialamt gewechselt. Im Dezember 2007 sei die nächste Krise aufgetreten - sie habe bei der Arbeit Herzasen gespürt und das Gefühl bekommen, „sie packe es nicht mehr“ und sei in einem ihr bekannten Zustand nach Hause gefahren. Sie habe sich dann erneut bei der

Hausärztin und der Psychiaterin in Behandlung begeben und Cipralext eingenommen. Sie habe die Stelle gekündigt, weil sie nicht mehr beim Sozialamt arbeiten wollen, und sei von Januar bis Juni 2008 arbeitsunfähig gewesen, habe sich in dieser Zeit aber wieder völlig erholt und habe am 1. September 2008 die Stelle beim Sozialamt Winterthur angetreten (Urk. 8/45 S. 5 f.). Dr. Y.____ führte diesbezüglich aus, dass die Beschwerdeführerin erstmals im Januar 2004 unter einer Erschöpfungsdepression gelitten habe, welche sich unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zurückgebildet habe. Im Rahmen einer Störung der Stressmodulationsfähigkeit sei es im Dezember 2007 zum Ausbruch der zweiten depressiven Episode gekommen, die bis Juni 2008 zur vollen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Bis November 2011 könne von einer erneuten Remissionsphase ausgegangen werden (Urk. 8/45 S. 8). Soweit Dr. Y.____ ausführt, dass aufgrund der depressiv bedingt anhaltend reduzierten psychischen Belastbarkeit mit konsequenter schnellerer Ermüdung bzw. vermehrtem Erholungsbedarf eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin über ein 60%-Pensum hinaus nicht zu erwarten sei (Urk. 8/45 S. 8), ist dies doch in Zweifel zu ziehen, da die ersten zwei depressiven Episoden jeweils vollständig remittierten.

Ob überhaupt eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung besteht bzw. ob eine genügende Behandlung erfolgt, ist demnach zumindest fraglich, kann aber - wie folgend gezeigt wird - offen gelassen werden. 4.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorliegen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Es bestehen erhebliche Anhaltspunkte dafür, dass das aktuelle Leiden der Beschwerdeführerin zu einem grossen Teil durch äussere Umstände, insbesondere die Bedingungen am Arbeitsplatz, bedingt und zu einem grossen Teil auch dadurch erklärbar ist.

So wurde bezüglich der Arbeitssituation im Assessmentgespräch vom 14. Februar 2012 (Urk. 8/8 S. 4) festgehalten, dass sich die Zusammenarbeit mit einer der Sozialarbeiterinnen auf der persönlichen Ebene sehr mühsam gestaltet und es immer wieder zu Konflikten

komme. Es sei ärgerlich und für das Sekretariat belastend, dass mit der Leiterin und den Sozialarbeitenden abgesprochene Vereinbarungen über Verfahrens- und Vorgehensfragen nicht eingehalten würden und die Zusammenarbeit an den Schnittstellen nicht zuverlässig sei. Die Beschwerdeführerin erläuterte, dass sie, wenn sie sich diesbezüglich an ihre Vorgesetzte gewandt habe, zu mehr Nachsicht und Verständnis für die Individualität von Arbeitsstilen angehalten worden sei. Die Frist zur Erledigung von ihr zugeteilten Aufgaben werde oft zu knapp bemessen, was den ohnehin bereits grossen Zeitdruck noch erhöhe und die quantitative Überlastungssituation verschärfe. Auch ihre Kolleginnen seien unzufrieden, würden sich aber nicht für eine Veränderung zugunsten von mehr Qualität bei stetiger Fallzunahme einsetzen. Die Beschwerdeführerin habe sich zunehmend in eine isolierte Rolle gedrängt und in ihren Anliegen nicht ernst genommen gefühlt. Auch sei sie mit dem Ergebnis des im Januar 2012 erfolgten Qualifikationsgesprächs nicht zufrieden gewesen und die darin festgehaltene Sicht ihrer Vorgesetzten habe sie gekränkt und sei ihr nicht gerecht geworden (Urk. 8/8 S. 4).

Dementsprechend empfahl auch med. pract. Z. ___ in ihrem Arztbericht vom 21. März 2012 (Urk. 8/14) , dass beim Wiedereinstieg in die Arbeit beim Sozialamt der Stadt Winterthur - welche die Beschwerdeführerin vor ihrer vollständigen Krankschreibung ab dem 7. November 2011 seit dem 1. Oktober 2011 vollschichtig ausgeübt hatte (zuvor 90 %, Urk. 8/11) - auf ein klar begrenztes Pensum sowie ein weniger belastendes Umfeld mit klar definierten Tätigkeiten und Schnittstellen zu achten sei.

Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psychosozialen Faktoren bzw. die belastende Situation am Arbeitsplatz, das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin erheblich mitbestimmen. 4.4

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass die durch Dr. Y. ___ als auch durch Dr. D. ___ erhobenen Befunde nur mässig ausgeprägt sind (Urk. 8/30 S. 5 f.; Urk. 8/45 S. 7). Daneben pflegt die Beschwerdeführerin zahlreiche gute soziale Kontakte, so hat sie insbesondere eine langjährige, stabile und harmonische Beziehung, guten und regelmässigen Kontakt zu ihrem älteren Bruder und pflegt zusammen mit ihrem Partner eine enge Freundschaft mit einer italienischen Familie (Urk. 8/30 S. 3 f.).

Auch ihr Alltag und ihre Freizeitgestaltung sprechen für erhebliche Ressourcen. Sie arbeite zu 40 % an zwei Tagen. Wenn sie nicht arbeite, schlafe sie bis 11.00 oder 12.00 Uhr. Dann besuche sie nachmittags ihre Eltern, welche sie zu Fuss erreichen könne oder führe Gespräche bei der Psychiaterin. Nachmittags und abends schaue sie ab und zu fern, höre gerne Musik, koche oder wasche (Urk. 8/45 S. 6). Sie campiere zusammen mit ihrem Partner bevorzugt im Appenzeller Land mit dem eigenen Wohnwagen. Auch beschäftige sie sich mit Handarbeiten (Urk. 8/30 S. 4). 4.5

Zusammenfassend bleibt unklar, ob überhaupt eine invalidenversicherungs - rechtlich relevante Einschränkung besteht, bzw. ob eine genügende Behandlung erfolgt bzw. erfolgte (E. 4.2) .

Die belastende Situation am Arbeitsplatz bestimmt das Beschwerdebild als psychosozialer Faktor erheblich mit (E. 4.3). Zusammen mit den nur mässig ausgeprägten Befunden sowie den guten Ressourcen (E. 4.4) ist der Beschwerdeführerin bei objektiver Beurteilung die volle Verwertung der Arbeitsfähigkeit sozial-praktisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumutbar, womit die rezidivierende depressive Störung als nicht

invalidisierend zu qualifizieren ist (vgl. E. 2.3). 4.6

Die Beschwerdeführerin hält dafür, dass die in der neuropsychologischen Untersuchung festgehaltene eingeschränkte Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen sei. Dr. C. ___ und Prof. Dr. phil. B. ___ notierten diesbezüglich, dass die aktuellen Befunde frühkindlich erworbenen Teilleistungsschwächen entsprechen (Urk. 8/29 S. 2). Die attestierte Leistungseinschränkung ist demnach nicht nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin jahrelang - trotz der attestierten frühkindlich erworbenen Teilleistungsschwächen - in vollem Pensum und ohne Leistungsminderung im ersten Arbeitsmarkt arbeitete (vgl. Urk. 8/30 S. 3; Urk. 8/45 S. 3 f.; Urk. 8/35). Eine Begründung, warum sich die frühkindlich erworbenen Teilleistungsschwächen

neuerdings auf die Leistungsfähigkeit auswirken sollen,

fehlt gänzlich. Entsprechend ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin eingeschränkt leistungsfähig ist, womit von einer vollen Leistungsfähigkeit in einem vollen Pensum auszugehen ist. 4.7

Die angefochtene Verfügung ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 5.

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

Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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