

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00136 vom 29. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00136

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00136 du 29 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00136 del 29 agosto 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, meldete sich am 10. Dezember 2012 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf einen psychophysiologischen Erschöpfungszustand, eine rasche geistige Erschöpfung, innere Anspannung, Niedergeschlagenheit und eine reaktive Depression zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere das psychiatrische Gutachten von

Dr. med. Y.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 2. Juni 2014 ein (Urk. 7/33). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 12. Juni 2014, Urk. 7/35; Einwand vom 20. August 2014, Urk. 7/43; ergänzende Einwandbegründung vom 23. September 2014, Urk. 7/46) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 18. Dezember 2014 ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 30. Januar 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1. Juni 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2015 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 des 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). 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.

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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen 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.). 3.

3.1

Im Gutachten von Dr. Y.____ vom 2. Juni 2014 werden die bis zur Begutachtung der Beschwerdeführerinnen aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/33/2 f.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.2

Dr. Y.____

hielt mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnose fest (Urk. 7/33/9): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10

F33.1) , anamnestisch teilweise schwere Episoden auf dem Boden von - Problemen durch negative Kindheitsergebnisse ICD-10 Z61 (negativ veränderte Struktur der Familienbeziehungen in der Kindheit [ICD-10 Z61.2]; Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben [ICD-10 Z 261.3]) - sonstigen Problemen bei der Erziehung (emotionale Vernachlässigung [ICD-10 Z62.4] / unangebrachter elterlicher Druck [ICD-10 Z62.6]) - ungenügender familiärer Unterstützung (ICD-10 Z63.2)

die zu akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) führte n

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden aus psychiatrischer Sicht keine (Urk. 7/33/9).

Die Beschwerdeführerin sei seit 2011 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Sie beklage seit 2010 eine fluktuierende depressive Symptomatik, erstmals sei sie 2007 depressiv gewesen (Urk. 7/33/9) .

Die Beschwerdeführerin schildere eine Kindheit mit unsicherer Bindung an die Eltern und sie sei entwertendem Verhalten ausgesetzt gewesen. Sie beschreibe die Mutter als kontrollierend und tyrannisch, die Mutter habe sie auch geschlagen und die Eltern hätten sich konstant gestritten und sich gegenseitig betrogen . Sie sei dadurch sehr selbstunsicher und sehr schüchtern gewesen und habe unter dem Druck in der Schule gelitten. Die Übersiedlung in die Z.____ mit 16 Jahren bezeichne sie als Glück, das dortige Schulsystem mit weniger Druck und die offenere, freiere Lebensweise hätten ihr erlaubt, Entwicklungsschritte zu machen, sich mehr selbstsicheres Auftreten anzueignen und die schulischen Leistungen seien besser geworden. Durch die ständige finanzielle Not von Mutter und Stiefvater habe sie gleich nach der Übersiedlung in die Z.____ begonnen zu arbeiten und habe sich eigentlich Leben und Ausbildung selber verdient. Zusätzlich habe sie die Mutter und den Stiefvater unterstützt , so weit sie konnte. Weil sie schnell weg von zuhause wollte , habe sie das Studium schnell durchgezogen. Nach dem Abschluss 1979 habe sie sofort bei A.____ zu arbeiten begonnen. Nach ihren Schilderungen sei diese Firma zu einer Art Ersatzwelt geworden . Sie habe dort Freunde gefunden und sich auch sozial abgesichert gefühlt (Urk. 7/33/9 f.) .

Nach mehreren kurzen Beziehungen und zwei gescheiterten Ehen habe sich ihr sehnlicher Wunsch nach einem Kind nicht erfüllt. Heute fühle

sie sich als komplette Versagerin: Sie habe beruflich nichts erreicht, habe keine Kinder und keine richtige Familie. Sie fühle sich überfordert und versagend durch die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Eltern. Sie habe Angst , ähnlich wie ihre Mutter zu werden , und leide bis heute unter der emotionalen Distanz ihres Vaters. Sie ziehe insgesamt eine sehr negative Lebensbilanz, für die sie sich selber verantwortlich mache . 2011 sei zusätzlich ein Mamma karzinom festgestellt worden , das in halbjährlichen Abständen kontrolliert und bisher nicht operativ versorgt worden sei. Anfänglich habe diese Diagnose zu einer Verstärkung der Depression geführt , mittlerweile könne sie die Problematik zwischen den Kontrollterminen recht gut weg schieben (Urk. 7/33/10) .

Laut den Angaben in den vorliegenden Akten, den Auskünften der Beschwerdeführerin und der Telefonauskunft der behandelnden Psychiaterin sei seit 2011 keine Remission der depressiven Störung eingetreten. Im Gegenteil habe die depressive Symptomatik fluktuert bis hin zu schwergradig , nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit der Überforderung

durch äußere Belastungen wie Pflegebedürftigkeit der Eltern, eigener Krebserkrankung, Tod einer nahen Angehörigen und nicht zuletzt auch durch die aktuellen Lebensumstände, die einem deutlichen sozialen Abstieg entsprechen. Ein Reintegrationsversuch im Mai 2013 habe offensichtlich bereits bei einem Pensum von 20 % zu einem Rückfall geführt und habe abgebrochen werden müssen. Die Beschwerdeführerin habe daraufhin berufliche Massnahmen abgelehnt und den Fall in die Rentenprüfung gegeben (Urk. 7/33/10).

Aufgrund der Gesamtheit aller vorliegenden Informationen könne die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nur bestätigt werden. Deren Verlauf seit 2010 sei als äußerst ungünstig zu beurteilen, indem seither keine Symptomfreiheit

eingetreten sei und andauernd und fluktuierend leichte bis mittelgradige bis schwere depressive Symptome vorhanden seien. Der ungünstige Verlauf könne einerseits durch das Einwirken sich ständig abwechselnder äußerer Belastungen verstanden werden. Hauptsächlich aber sei er auf dem Boden von ungünstigen Bedingungen und Belastungen in der Kindheit zu verstehen, die zu einer strukturellen Problematik in der Persönlichkeit geführt haben dürften. Die Bedingungen in der Familie hätten zur Ausprägung einer extrem ausgeprägten Persönlichkeit geführt. Konfrontiert mit elterlicher Kontrolle und Entwertung einerseits und emotionaler Vernachlässigung andererseits habe die Beschwerdeführerin früh zu verstärkter Eigenverantwortung und Autonomie tendiert. Die materielle Armut in den Z. ____

habe einerseits zu einer frühen finanziellen Selbständigkeit und andererseits zu einer extrem leistungsorientierten Persönlichkeit geführt, die jahrelang hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt gewesen sei. Auf dem Boden der hochambivalenten Beziehungen zu Mutter und Vater hätten sich zudem Schwierigkeiten in der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und eine Tendenz, sich ausnutzen zu lassen, entwickelt. Dies habe wahrscheinlich durch eine gewisse Befriedigung durch den erreichten materiellen Wohlstand kompensiert werden können. Die Beschwerdeführerin

habe langjährig ihre intrapsychischen Defizite und Leere mit hohem Einsatz in der Berufstätigkeit kompensiert, was ihr aufgrund der persönlichen Ressourcen lange gut gelungen sei. Die Firma A. ____, bei der sie ihr ganzes Berufsleben ange stellt gewesen sei, sei zu einer Art Ersatzwelt geworden und sie habe darauf vertraut, in ihr endlich sozial abgesichert und geborgen zu sein. Derartige hochfunktionale Anpassungen mit grosser Einseitigkeit gelängen oft über eine lange Zeit, falls sich dann aber Störfaktoren, z.B. in Form von psychosozialen Belastungen, zu häufen begännen,

dekompensierten derartig strukturierte Persönlichkeiten in ihrem bisher labilen Gleichgewicht dann oftmals massiv und nachhaltig. Der soziale Abstieg, der sich nun abzeichnen beginne, bedeute eine massive narzisstische Kränkung. Was aktuell die Depression als dritten Faktor und wahrscheinlich mit starkem Einfluss weiterhin unterhalte

sei die Erkenntnis, nach der Auflösung des Arbeitsvertrages sozial und finanziell viel schlechter dazustehen als sie langjährig dachte, sich erarbeitet zu haben. Die Beschwerdeführerin beschreibe einen deutlichen sozialen Abstieg, dessen Erleben und dessen Folgen nun als letztes Glied in der Kette überfordernder und belastender Umstände krankheitsaufrechterhaltend wirken. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Krankheitsentwicklung ihre wichtigste Ressource, nämlich Autonomie, finanziellen Wohlstand und gesellschaftlichen Status durch die Berufstätigkeit, verloren. Sie erlebe

sich als Versagerin mit leeren Händen und gebe sich hauptsächlich selber die Schuld dafür. Diese negative Selbsteinschätzung erscheine durchgängig und werde nicht als fremd erlebt. Dies entspreche einer deutlich ausgeprägten depressiven Episode (Urk. 7/33/10 f.).

Als sich die Beschwerdeführerin Ende 2010 unter den Belastungen in der Familie und ausgelaugt vom Beruf immer verzweifelter gefühlt habe, habe sie nach einer Behandlungsmöglichkeit gesucht. Sie sei seit Anfang 2011 durchgängig in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und werde antidepressiv behandelt. Trotz dieser leitungsärztlich durchgeführten Therapien habe bisher keine stabile Remission erreicht werden können. Deshalb könne mittlerweile von einer

Chronifizierung und Therapieresistenz ausgegangen werden. Durch den Verlust jeglichen Gefühls von Selbstwirksamkeit, dem mittlerweile doch langen Krankheitsverlauf, den sich abwechselnden sozialen Belastungen, der körperlichen Erkrankung und dem sozialen Abstieg drehe sich die Beschwerdeführerin in einer depressiven Spirale, aus der sie nicht mehr heraus finden könne. Durch den Verlust des Arbeitsplatzes, der das Ende der Kompetenztöglichkeiten durch forcierte Autonomie, beruflichen Erfolg und gesellschaftlichen Status bedeutet habe, verfüge

sie über keine weiteren tauglichen Coping-Strategien mehr und sei der stetig zunehmenden depressiven Entwicklung ausgeliefert. Diese Entwicklung finde ihre Entsprechung in den diversen Arztberichten, die anfangs von einer leichtgradigen Störung mit noch günstiger Prognose ausgegangen und zunehmend pessimistischer ausgefallen seien (Urk. 7/33/11).

Entsprechend der langen Krankheitsdauer mit ungünstigem Verlauf trotz durchgehender Behandlung, Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation erscheine die Prognose bezüglich Besserung und Arbeitsfähigkeit ungünstig (Urk. 7/33/11).

Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aktuell und in absehbarer Zukunft 100 % arbeitsunfähig. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit könne entsprechend den vorliegenden Informationen ab Juni 2012 angenommen werden (Urk. 7/33/12). 3.3

Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, notierte in ihrem Bericht zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 18. September 2014 eine depressive Episode mittelschweren Grades (Urk. 7/45; vgl. Urk. 7/46). In der angestammten Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsunfähig, in einer angepassten, ruhigen und betreuten Tätigkeit zu 20-40 %. Die Arbeitsunfähigkeit werde nicht von vorübergehenden äußeren Belastungen beeinflusst. Die Defizite, welche aus der schwierigen Kindheit stammten, hätten in der speziellen Struktur, wie sie bei der A.____ geboten worden sei, kompensiert werden können. Durch den Wegfall eben dieser Struktur seien die früher vorhandenen Ressourcen der Beschwerdeführerin erloschen. Diese Störungen seien chronisch und führten daher zu einer dauerhaften Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit. Hinzu kämen kognitive Beeinträchtigungen, welche die Leistungsfähigkeit verringern würden. In der neuropsychologischen Testung seien mittelschwere und schwere Beeinträchtigungen festgestellt worden (Urk. 7/45). 3.4

C.____, Diplom-Psychologin FSP, führte aus, dass die Beschwerdeführerin die neuropsychologische Sprechstunde anlässlich einer kognitiven Leistungsabklärung im Rahmen ihrer affektiven Erkrankung aufgesucht habe (Urk. 7/45/3).

Frau C.____

konstatierte, dass - abgesehen von den Resultaten innerhalb der Subtests Arbeitsgedächtnis und geteilte Aufmerksamkeit - von der PC-gesteuerten Te stbatterie leichte, mittel gradige und schwere Beeinträchtigungen inner halb verschiedener klinisch relevanter Aufmerksamkeitsleistungen eruiert worden seien. Schwere Beeinträchtigungen der Alertnes s mit und ohne Warnsignal verwie sen auf einen deutlich herabgesetzten psychomotorischen Antrieb. Leichte Beeinträchtigungen (Media n und Standardabweichung der Reaktions ze iten) im Subtest „Go/ NoGo " zeig t e n, dass die Reaktions-Sel ektionsleistung herabgesetzt sei. Die Flexibilitätsleistung sei mittelgradig beeinträchtigt, was darau f hinweise, dass zentrale exekutive Funktionen ebenso wie Entscheidungs prozesse im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen seien. Ebenso verhalte es sich mit der Testleistung Inkompatibilität: Die Beschwerdeführerin könne kaum verschiedene Reizinformationen verarbeiten, wenn verschiedene Reizinfo rmationen parallel verarbeitet wü rden und dabei eine Interferenz zwischen verschiedenen Reaktionstendenzen ausgelöst werde. Testpsychologisch hätten kognitive Defizite bei affektiven Störungen objekti viert werden können, insbesondere hinsichtlich Aufmerksamkeitsfunktionen und Exekutivfunktion sowie Rea ktionszeiten in allen Subtests (Urk. 7/45/4). 4.

4.1

Das psychiatrische Gutachten vom 2. Juni 2014 erfüllt sämtliche rechtsprechungs gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Ents cheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.4). Es beruht auf fachärztlichen Untersu chungen durch Dr. Y.____

und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die vorha ndenen Arztberichte sorgfältig und berücksich tigt die von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammen hänge ist grundsätzlich einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig. Dies blieb auch von den Parteien unbestritten (vgl. Feststellungsblatt vom 1 2. Juni 2014, Urk. 7/34/5 f.; Urk. 1).

Bei der Würdigung eines Gutachtens gilt es jedoch zu beachten, dass ein Gutach ten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Aus führungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ver einbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f. mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_3/2015 vom 2 0. Mai 2015 und 9C_651/2014 vom 2 3. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.2

4.2.1

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 (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 sich die Beschwerdeführerin seit Februar 2011 (Urk. 7/13/2) einmal pro Monat bei Dr. B.____ und einmal pro Woche bei C.____ in Behandlung befinde. Sie nehme 50 mg Trittico und seit ca. Januar 2014 20 mg Fluoxetin, was anfänglich keine Wirkung gezeigt habe, seit April gehe es jetzt etwas besser (Urk. 7/33/5). Dr. Y.____ hielt diesbezüglich fest, dass bei guter Behandlungsmotivation eine durchgehende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe. Die therapeutische Allianz erscheine gut. Wegen der strukturellen Problematik dürfe die Beziehungsgestaltung in der Therapie eine hohe therapeutische Wirksamkeit haben. Medizinisch-theoretisch könnte die Antidepressivabehandlung ausgebaut werden. Allerdings sei dies wegen der der depressiven Störung zugrunde liegenden Persönlichkeitsproblematik nicht zwingend mit einem höheren therapeutischen Erfolg verbunden (Urk. 7/33/12).

Eine stationäre psychiatrische Behandlung erfolgte - soweit aus den Akten ersichtlich - nicht. Ob die bisherige Behandlung als konsequente Depressions-therapie zu werten ist, welche das Leiden als resistent ausweist, ist zumindest fraglich. 4.2.2

Dies von Dr. Y.____

angeführten Probleme durch negative Kindheitserlebnisse, sonstige Probleme bei der Erziehung und ungenügende familiäre Unterstützung, welche zu akzentuierten Persönlichkeitszügen (vgl. E. 3.2) geführt haben, stellen als Z-codierte Belastungsfaktoren nach der Rechtsprechung keine rechtserhebliche Beeinträchtigung dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_468/2015 vom 29. Januar 2016 E. 3.2). 4.3

4.3.1

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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 Verstimmungen zu ständen 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).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 4.3.2

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

Entsprechendes hielt auch Dr. Y.____ mehrfach im Gutachten fest (vgl. E. 3.2) : Laut den Angaben in den vorliegenden Akten, den Auskünften der Beschwerdeführerin und der behandelnden Psychiaterin sei seit 2011 keine Remission der depressiven Störung eingetreten. Im Gegenteil habe die depressive Störung bis hin zu schwergradig fluktuiert, nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit der Überforderung durch äussere Belastungen wie Pflegebedürftigkeit der Eltern, eigener Krebserkrankung, Tod einer nahen Angehörigen und nicht zuletzt auch durch die aktuellen Lebensumstände, die einem deutlichen sozialen Abstieg entsprächen (Urk. 7/33/10). Die Erkenntnis, dass sie nach der Auflösung des Arbeitsvertrages sozial und finanziell viel schlechter dastehe , als sie langjährig dachte sich erarbeitet zu haben , unterhalte als dritter Faktor wahrscheinlich mit starkem Einfluss weiterhin die Depression (Urk. 7/33/11). Durch den Verlust jeglichen Gefühls von Selbstwirksamkeit, dem mittlerweile doch langen Krankheitsverlauf, den sich abwechselnden sozialen Belastungen, der körperlichen Erkrankung und dem sozialen Abstieg drehe sich die Beschwerdeführerin in einer depressiven Spirale aus der sie nicht mehr heraus finden könne (Urk. 7/33/11).

Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. B.____ hielt in ihrem zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Arztbericht vom 30. Januar 2013 fest, dass zunächst eine leichte depressive Episode mit kurzzeitiger Besserung und Stabilisierung im Frühjahr 2011 vorgelegen habe. Sodann sei eine reaktive depressive Symptomatik aufgrund der Krebsdiagnose eingetreten. Zusätzlich bestünden schwere familiäre Belastungen durch die in den Z.____ lebende, kranke Mutter und den pflegebedürftigen Vater, den Tod der Tante und gleichzeitig engsten Bezugsperson im Familienkreis im Spätsommer 2012 (Urk. 7/13/3). In ihrem Bericht vom 18. September 2014 führte Dr. B.____ aus, dass die Beschwerdeführerin ihrer Ansicht nach aufgrund einer sehr schwierigen Kindheits- und Jugendsituation nicht in der Lage sei, schwierige Lebensumstände adäquat zu bewältigen.

Auch ohne aktuelle psychosoziale Belastungssituation sei sie durch den Verlust der strukturgebenden Arbeit („Ersatzwelt“) rasch überlastet, verliere den Überblick, die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen und Prioritäten zu setzen, sie gerate in schwer zu kontrollierende Gedanken- Karrussells - eine adäquate Erholung trete nicht ein (Urk. 7/45).

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass zahlreiche psychosozialen Faktoren, insbesondere der Verlust des Arbeitsplatzes und der damit einhergehende soziale Abstieg sowie der Tod der Tante, die Krebserkrankung und die schwierige familiäre Situation mit den Eltern das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin erheblich mitbestimmen. 4.4

4.4.1

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass die von Dr. Y.____ erhobenen psychiatrischen Befunde nur mässig ausgeprägt waren: Das Bewusstsein und die Orientierung seien unauffällig. Die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien unter strukturierenden Bedingungen leicht reduziert.

Das formale Denken sei geordnet, teilweise umständlich, teilweise perseverierend und ideenflüchtig, deutlich problemzentriert. Befürchtungen oder Zwänge seien nicht eruiert. Anhaltspunkte für Wahn oder Sinnestäuschungen bestünden keine. Im Affekt sei sie wenig spürbar und sie habe sich scheinbar geübt mit freundlichem, auf geräumtem Auftreten präsentiert. Sie sei wenig schwingungsfähig, wenig auslenkbar, der affektive Rapport sei bedingt möglich. Die Stimmung erscheine wechselhaft, zum Teil geprägt von Sarkasmus und Ironie, hintergründig bedrückt und verzweifelt. Der Antrieb erscheine im Gespräch unauffällig, subjektiv vermindert.

Psychomotorisch sei sie angespannt und unruhig. Es bestünden circadiane Besonderheiten mit frühmorgentlichem Erwachen (Urk. 7/33/8) . 4.4.2

Daneben geht aus dem Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin über ein gutes soziales Umfeld verfügt: Sie lasse sich ab und zu von Freundinnen zu Unternehmungen mitnehmen, sie erlebe das sehr anstrengend und forcire sich dazu, von sich aus habe sie keine Initiative (Urk. 7/33/5). Aktuell sei sie seit 12 Jahren in einer „ganz verrückten Partnerschaft“, die langsam stabiler werde. Ihr Partner sei ein D.____ mit drei erwachsenen Kindern. Man habe versucht, zusammen zu wohnen, was katastrophal geendet habe. Nun besuche er sie etwa dreimal pro Woche. Er sei neun Jahre jünger. Er sei lustig, verrückt, nicht in der Norm, er helfe ihr und putze auch. Sie wisse nicht, ob er noch andere Frauen habe, und wolle es auch gar nicht wissen (Urk. 7/33/7).

Dass die Beschwerdeführerin über Ressourcen verfügt, zeigt sich auch in ihrem Tagesablauf: Sie stehe

um 7.00 Uhr auf und trinke Kaffee. Dann „lese sie ohne zu lesen“ die Zeitung, überfliege die Titel. Häufig habe sie Arzttermine. Sie versuche am einen Tag zu joggen und am andern Tag ins Fitnesstraining zu gehen, was beides eine Zangengeburt sei, bis sie nur schon dort sei. Wenn sie in die Psychotherapie nach E.____ gehe, bedeute dies mindestens zwei Stunden Wegzeit (Urk. 7/33/7). Sie ist folglich in der Lage, regelmässig Sport zu treiben und hält auch ihre Therapietermine - trotz langer Anreise - ein.

Die Beschwerdeführerin führte anlässlich der Begutachtung durch Dr. Y.____ aus, dass sie sich in schlechten Phasen zurückziehe, zum Beispiel sei es zwischen November und März

dieses Winters sehr schlecht gegan gen. Sie habe erneut die Körperhygiene vernachlässigt, wovon sie mittlerweile Zahnfleischprobleme habe, sie habe sich zurückgezogen und isoliert, bleibe dann tagelang im Bett (Urk. 7/33/5). Telefonisch wurde von Dr. B.____ ebenfalls bestätigt, dass die Beschwerdeführerin immer wieder in eindrücklich tiefe depressive Phasen stürze , in denen sie gar nichts mehr vermöge, tagelang im Bett bleibe und sich auch in der Körperpflege vernachlässige (Urk. 7/33/9). Dass die Beschwerdeführerin sich in der Lage zeigte, diese tiefen depressiven Phasen mit ambulanter Behandlung zu überwinden, spricht allerdings für erhebliche Ressourcen.

Hinzu kommt, dass Dr. B.____

der Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 18. September 2014 lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 20- 40 % in einer angepassten, ruhigen und betreuten Tätigkeit attestierte (E. 3. 3) - auch dies spricht für erhebliche Ressourcen. 4.5

Zusammenfassend ist zweifelhaft , ob überhaupt eine invalidenversicherungs - rechtlich relevante Einschränkung besteht, bzw. ob eine genügende Behandlung erfolgt bzw. erfolgte (E. 4.2). Hinzu kommen die zahlreichen schweren psychosozialen Faktoren, insbesondere der Verlust des Arbeitsplatzes und der damit einhergehende soziale Abstieg sowie der Tod der Tante, die Krebserkrankung und die schwierige familiäre Situation mit den Eltern, welche das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin erheblich mitbestimmen (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 (auf dem Boden von Problemen durch negative Kindheitserlebnisse, sonstigen Problemen bei der Erziehung und ungenügender familiärer Unterstützung, welche zu akzentuierten Persönlichkeitszügen geführt habe) als nicht invalidisierend zu qualifizieren ist (vgl. E. 2.3). 4.6

An dieser Einschätzung vermögen auch die Berichte von Dr. B.____ und Frau C.____ nichts zu ändern. Wie vom Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes med. prakt. F.____ , Psychiatrie und Psychotherapie, ausgeführt, gibt die testpsychologische Untersuchung den aktuellen Zustand des Untersuchungsges wieder und es kann naturgemäss nicht differenziert werden zwischen anhaltenden und vorübergehenden Gesundheitsschäden (Urk. 7/47/2). Hinzu kommt, dass Dr. B.____ der Beschwerdeführerin auch unter Kenntnis der neuropsychologischen Testung in einer angepassten Tätigkeit lediglich eine 20-40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/45). Auch ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen und Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.7

Aus somatischer Sicht wurden - soweit aus den Akten ersichtlich - keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert (vgl. Bericht von PD Dr. med. G.____ , Frauenklinik H.____ , vom 1. Dezember 2013, Urk. 7/27), was auch seitens der Parteien unbestritten blieb (vgl. Urk. 1 und Urk. 2). 4.8

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 zuge stellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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