

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00195 vom 5. Januar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00195

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00195 du 5 janvier 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00195 del 5 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

E. 1.3

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmelungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige,

vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 arbeits unfähig 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. 1.5

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

E. 1.6

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzel fall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteile des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

E. 2

Die Versicherte erhob am 12. Februar 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Januar 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei eine polydisziplinäre Abklärung durchzuführen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2015 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 27. April 2015 (Urk. 8) wurde die Personalvorsorgestiftung Y. ___ zum Prozess beigegeben. Die Beigeladene beantragte mit Eingabe vom 7. Juli 2015 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 14). Sowohl die Beschwerdeführerin (Urk. 19) als auch die Beschwerdegegnerin (Urk. 21) verzichteten auf eine Stellungnahme und hielten an ihren jeweiligen Anträgen fest. Dies wurde den Verfahrensbeteiligten am 10. November 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, bei der Beschwerdeführerin liege eine Double Depression vor. Im klinischen Sprachgebrauch der Psychiater werde so das gemeinsame Vorliegen einer sogenannten Dysthymie und einer depressiven Episode bezeichnet. Eine Dysthymie gelte jedoch rechtsprechungsgemäss nicht als invalidisierend. Sodann sei die geforderte Erheblichkeit bei der ausgewiesenen mittelgradigen depressiven Episode in Bezug auf die Schwere, Ausprägung und Dauer zu verneinen. Aus somatischer Sicht sei sodann von einer Remission auszugehen. Damit liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (S. 2 oben).

Die in der Vergangenheit ausgerichtete befristete Rente sei aufgrund einer somatischen Erkrankung zugesprochen worden. Die erneute Anmeldung sei wegen eines psychischen Leidens erfolgt, welches aber invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant sei. Deswegen seien auch keine Integrationsmassnahmen zu gewähren (S. 2 unten).

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin zudem aus, es sei keineswegs alleine Sache der Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendenden Stellen verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führe (Urk. 6).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), ihr sei im März 2011 eine Rente aufgrund ihrer durch die Krebserkrankung verursachten verminderten Konzentration, schnellen Ermüdbarkeit und verminderter psychischer Belastbarkeit gewährt worden. Bezüglich der Krebserkrankung habe bereits damals eine Remission bestanden. Damit sei die Beschwerdegegnerin fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sie ihr damals aufgrund der Krebserkrankung an sich eine Rente zugesprochen habe. Nun hätten sich die besagten Beschwerden seit April 2011 und vor allem seit April 2012 verschlimmert und sich unter anderem zu einer Double Depression mit einer mittelgradigen depressiven Störung entwickelt. Es handle sich folglich um eine qualitative und quantitative Verschlimmerung (S. 3 Ziff. 6). Gemäss den vorliegenden Akten seien sich alle Fachärzte einig, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig sei. Auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) habe ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in ihrer bisherigen Tätigkeit und eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert (S. 5 Ziff. 5).

Die Stellungnahme der Prozessteamleitung - eine Dysthymie sei ohne weitere Befunde nicht invalidisierend - habe die Beschwerdegegnerin dazu verleitet, vorliegend einen invalidisierenden Gesundheitsschaden unter Heranziehung der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zu verneinen. Dabei habe sie aber übersehen, dass diese Rechtsprechung auf Depressionen nicht anwendbar sei. Alle Fachärzte hätten die Depression der Beschwerdeführerin als ausreichend schwer, ausgeprägt und andauernd festgehalten (S. 5 f. Ziff. 7).

E. 2.3

Die Beigeladene führte in ihrer Stellungnahme (Urk. 14) aus, die ursprüngliche Rentenzusprache sei aufgrund der Krebserkrankung beziehungsweise aufgrund deren Behandlung erfolgt und nicht wegen einer psychischen Erkrankung, welche damals gar nicht diagnostiziert worden sei. Die damals festgestellte Arbeitsunfähigkeit habe auf der Einschätzung der behandelnden Onkologin beruht. Psychiatrische Befunde würden erst seit dem 24. August 2012 vorliegen (S. 5 Ziff. III.2). Daher sei mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die im Rahmen der Neuanmeldung geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht auf dasselbe Leiden zurückzuführen sei und ein neues versichertes Ereignis vorliege. Eine allfällige Rente könne frühestens sechs Monate nach der zweiten Anmeldung bezogen werden (S. 5 f. Ziff. III.3). Gestützt auf die Aktenlage sei sodann ebenfalls in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass vorliegend keine invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung gegeben sei, da die Double Depression in ihrer vorliegenden Ausprägung invaliden versicherungsrechtlich nicht relevant sei. Jedenfalls sei es abwegig, aufgrund der festgestellten Beschwerden eine volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich und eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu bejahen. Selbst wenn die Voraussetzungen für IV-Leistungen gegeben wären, seien zunächst Eingliederungsmassnahmen durchzuführen und erst später über den Rentenanspruch zu befinden (S. 10 f. Ziff. 9).

E. 2.4

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen invaliden versicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden zu Recht verneinte.

E. 3.1

Der Verfügung vom 22. März 2011 (Urk. 7/23, Urk. 7/25-26), mit welcher der Beschwerdeführerin eine abgestufte befristete Rente zugesprochen wurde (November bis Dezember 2009 eine Dreiviertelsrente, Januar bis November 2010 eine Viertelsrente), lagen im Wesentlichen diverse Berichte des Spitals

Z.____ zugrunde:

E. 3.2

Prof. Dr. med. A.____, Fachärztin für Medizinische Onkologie, führte mit Bericht vom 9. April 2009 (Urk. 7/10/11-12) aus, bei der Beschwerdeführerin sei im Oktober 2008 Lymphknoten-Metastasen eines Adeno-Karzinoms im Bereich der rechten Axilla diagnostiziert worden. Ein Primärtumor habe leider nicht nachgewiesen werden können. Am ehesten handle es sich um ein Mamma-Karzinom. Die Beschwerdeführerin sei operativ behandelt worden und die Chemotherapie könne voraussichtlich noch im April 2009 abgeschlossen werden. Danach sei möglichst bald mit der Radiotherapie zu beginnen. Als Nebendiagnose hielt Prof. A.____ einen Schilddrüsentumor rechtsseitig ohne Hinweis auf

Malignität oder Manifestation des bekannten Karzinoms fest.

Sie attestierte der Beschwerdeführerin vom 20. August bis 7. November 2008 eine 100%ige, vom 8. November 2008 bis 28. Februar 2009 eine 70%ige und ab 1. März 2009 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit (Arztzeugnis vom 22. April 2009, Urk. 7/10/10 Ziff. 5; vgl. zum Ganzen auch Bericht Spital Z.____ vom 10. August 2009, Urk. 7/13/1).

E. 3.3

Im weiteren Verlauf führte Prof. A.____ aus, es liege eine komplette Remission vor (undatierter Bericht - Angabe der letzten Kontrolle vom 11. September 2009 - Urk. 7/14 /1-4 Ziff. 1.2 und Ziff. 1.4). Sie attestierte der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2009 aufgrund verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit, verminderter Konzentrationsfähigkeit und verminderter psychischer Belastbarkeit auf grund der Krebsdiagnose und des Zustands nach Chemotherapie eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte sowie auch in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 1.6 ff. ; vgl. auch Bericht vom 26. Mai 2010, Urk. 7/17).

E. 3.4

Im Bericht vom 10. Dezember 2010 (Urk. 7/18) hielt Prof. A.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Adenokarzinom rechte Axilla bei Verdacht auf Mammakarzinom , ein Zustand nach Chemotherapie und ein Zustand nach Radiotherapie bis Juni 2009 sowie bis April 2010 fest. Seit April 2010 würde eine antihormonelle Therapie durchgeführt (Ziff. 1.1). Seit 1. September 2010 sei von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte auszugehen , da die Beschwerdeführerin aufgrund verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit, verminderter Konzentrationsfähigkeit und wegen Gelenkschmerzen eingeschränkt sei (Ziff. 1.6 f.).

E. 4.1

Bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung gehen aus den Akten folgende Arztberichte hervor:

E. 4.2

Mit Bericht vom 15. Oktober 2012 (Urk. 7/41/3-4) führte Prof. A.____ bei unveränderter Diagnosestellung (S. 1) aus, bekannte Nebenwirkung der Krebstherapie seien Polyneuropathie im Bereich der Hände und Füße, jedoch auch gewisse kognitive Veränderungen. Dazu würden eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, eine leichtere Ermüdbarkeit beispielsweise bei Arbeiten am Computer und auch eine signifikante Vergesslichkeit gehören . Sie habe gehofft, dass sich diese Probleme im Verlauf verbessern würden, was aber leider nicht eingetreten sei. Durch den hohen psychischen Druck sei es sogar zu einer Verschlechterung gekommen. So habe die Beschwerdeführerin den Anforderungen einer Beschäftigung im 70%igen Pensum leider nicht entsprechen können. Auch seien die Anforderungen im Rahmen einer 60%igen Beschäftigung bezüglich dieser Beschwerden zu hoch. Die kognitive Leistungsfähigkeit im Sinne eines sogenannten Chemobrain habe sich dabei im Verlauf sogar etwas verschlechtert . Zurzeit bestehe also eine mehr als 50% ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 4.3

Vom 22. Oktober 2012 bis 5. April 2013 war die Beschwerdeführerin in teilstationärer Behandlung am B.____ (Bericht vom 23. Mai 2013, Urk. 7/44). Zu Beginn der Behandlung

stellten die Ärzte folgende Diagnosen (Bericht vom 5. November 2012 , Urk. 7/4 1/1-2) : - rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0) bei metastasierendem Mamma karzinom mit diversen Chemo- und Radi otherapien - Verdacht auf Einschränkung der Hirnleistungsfähigkeit nach Chemo - thera pie - Status nach amnestischem Syndrom unmittelbar im Anschluss an die Che motherapie (2009; ICD-10 F04) - Status nach rezidivierender depressiver Störung, schwere Episode April 2012 bis Anfang September 2012 Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe sich ab April 2009 in Form von Gedächtnisstörungen, Schwierigkeiten mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen, durch eine allgemeine Verlangsamung, Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, auf neue Situationen flexibel zu reagieren , gezeigt (S. 2 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht habe eine Teilarbeitsfähigkeit von 40 % mit eingeschränkter Leistung (zirka 50 % der ursprünglich erbrachten Leistung) von März 2009 bis März 2012 bestanden. Die Beschwerdeführerin habe nur Routi nearbeiten durchführen können und habe sich seit April 2009 permanent über fordert gefühlt. B ezüglich ihrer kognitiven Fähigkeiten sei s i e

erheblich einge schränkt. Seit April 2012 sei sie zu 10 0% arbeitsunfähig (S. 2 unten).

E. 4.4

Mit Bericht vom 23. Mai 2013 (Urk. 7/44) führten die Ärzte des B.____ aus, d urch die teilstationäre Behandlung und die strukturie renden Massnahmen sei es

bis zu m Austritt anfangs April 2013 zu einer deutli chen Besserung der Beschwerdesymptomatik und im Verlauf auch zu einer Re duktion des Alkoholkonsums auf maximal ein- bis zweimal wöchentlich je 0.5 Liter Bier gekommen. Die depressive Symptomatik habe durch die Erarbeitung der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und dem benennen derselben gegenüber dem Umfeld weiter gebessert werden können (S. 1 Mitte). Zur weiteren Tages strukturierung habe die Beschwerdeführerin ab Mitte Februar 2013 im Rahmen eines Arbeitsversuches bei einer Kollegin als Buchhalterin in einem 10 %-Pen sum eingegliedert werden können, was kurzfristig aufgrund der Auftragslage der Bekannten auf 20 % habe gesteigert werden können. Aus psychiatrischer Sicht sei jedoch von einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, sofern die Beschwerdeführerin diesbezüglich in einem strukturierten Rahmen (beispielsweise Arbeitsbelastungstraining) auftrainiert werde. Anderenfalls würde mittelfristig die erneute Gefahr der Destrukturierung mit psychischer De stabilisierung oder gar Dekompensation bestehen (S. 1 unten). Zum Austritts zeitpunkt sei eine Arbeitsfähigkeit in einem strukturierten Arbeitsbelastungs training zu initial 10 bis 20 % möglich gewesen. Eine Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt sei zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht gegeben gewesen (S. 2). Die Diagnosestellung änderte sich im Behandlungsverlauf wie folgt (Bericht vom 21. Februar 2013, Urk. 7/43 Ziff. 1.1): Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Double Depression mit rezidivierender depressiver Störung, bei Eintritt mittelgradig e Episode (ICD-10 F33.1) und Dysthymia (ICD-10 F34.1) - metastasierendes Mammakarzinom mit diversen Chemo- und Radio - thera pien Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Status nach amnestischem Syndrom unmittelbar im Anschluss an die Che motherapie (ICD-10 F04) - Aktenanamnestisch Verdacht auf Struma nodosa

E. 4.5

Mitte Juli 2013 nahm die Beschwerdeführerin die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychothe rapie, auf (Bericht vom 19. August 2013,

Urk. 7/46

Ziff. 1.2). Dr. C.____ führte aus, die Beschwerdeführerin weise starke Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen auf. Die Merkfähigkeit sei ebenfalls massiv eingeschränkt. Durch diese Symptomatik fehle es an Flexibilität. Des Weiteren würde die Beschwerdeführerin eine erhöhte Erschöpfbarkeit erleben und benötige viele Pausen. Die psychische Belastbarkeit sei durch die rezidivierenden depressiven Episoden erheblich eingeschränkt (Ziff. 1.7). Dr. C.____ nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Double Depression - rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) seit Erstdiagnose Mammakarzinom - Dysthymia (ICD-10 F34.1) seit Jugendzeit - intermittierend schädlicher Gebrauch von Alkohol - Status nach amnestischem Syndrom unmittelbar im Anschluss an die Chemotherapie (ICD-10 F04)

In der bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin im Büro sowie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 10 % (Ziff. 1.6 f.). Die bisherige wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Psychopharmakotherapie würden weitergeführt. Eventuell sei eine kognitive Abklärung geplant. Ebenfalls sei eventuell ein Arbeitsversuch sinnvoll, um im Praktischen die Leistungsfähigkeit auszuprobieren (Ziff. 1.5).

E. 4.6

Am 7. August 2014 nahm Dr. C.____ nochmals Stellung (Urk. 7/62). Sie führte aus, die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden beiden Krankheitsbilder einer rezidivierenden depressiven Störung und einer Dysthymia hätten jeweils einen sich verstärkenden Effekt, seien aber unabhängig von einander und selbstständige Erkrankungen. Selbst unter ausgebauter antidepressiver Medikation sei es im Verlauf phasenweise zu schweren depressiven Einbrüchen bei anhaltend fragilem affektivem Zustandsbild gekommen . Die Beschwerdeführerin zeige eine hohe Therapiemotivation, sei compliant und komme seit langer Zeit in wöchentlichen Sitzungen zu ihr, um ihren Zustand zu verbessern. Sie sei gewillt und hoffnungsvoll, irgendwann wieder eine Arbeitstätigkeit nachgehen zu können (S. 1 Mitte) .

Aktuell schätze sie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 20 %. Es würden aktuell rezidivierende mittelgradige bis zweitweise schwer depressive Stimmungslagen mit Freud-, Interesse- und Hoffnungslosigkeit vorliegen. Im Antrieb sei sie mittelgradig eingeschränkt, psychisch ebenfalls mittelgradig eingeschränkt belastbar. Es würde eine erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit bei intermittierend auftretenden Schlafstörungen bestehen. Die Konzentration und Aufmerksamkeit seien derart eingeschränkt , dass die Beschwerdeführerin jeweils am Ende der Sitzungen kognitiv nicht mehr in der Lage sei, dem Gespräch zu folgen und sich wegen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen Gesprächsinhalte nur noch schwer merken könne. Sie entwickle sogar öfter Kopfschmerzen wegen kognitiver Überlastung. Hierzu sei anzumerken, dass der Tatsache eines zusätzlich vorliegenden „ Chemobrain “ mit anhaltenden kognitiven Störungen nach stattgefundener Chemotherapie zu wenig Beachtung geschenkt worden sei (S. 1 f.).

E. 4.7

RAD -Arzt Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, folgte der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ und erachtete - entgegen der Prozessteamleitung der Beschwerdegegnerin - eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens

80 % als ausgewiesen (vgl. Stellungnahme vom 2. Oktober 2013, Urk. 7/57/3-4; sowie Stellungnahme vom 16. Oktober 2014, Urk. 7/63/2-3).

E. 5.1

Für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bedarf es grundsätzlich einer fachärztlichen Diagnose, die sich lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abstützt (BGE 130 V 396 E. 6, Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010 E. 3.2.3). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen (BGE 125 V 351 E. 3a) genügenden medizinischen Tatsachenfeststellungen hin wegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin setzte sich mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, über die Beurteilung sämtlicher Ärzte hinweg: Sowohl die psychiatrischen Fachärzte des

B.____ als auch Dr. C.____

wie auch der RAD erachteten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes als ausgewiesen und gingen von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % aus (vorstehend E. 4.3 ff.).

Als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen wurden insbesondere eine Double Depression mit rezidivierender depressiver Störung (mittelgradige Episode) und Dysthymie genannt.

E. 5.3

Das Bundesgericht hat verschiedentlich festgehalten, dass eine Dysthymie nach der im gebräuchlichen ICD-Klassifikationssystem enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung ist, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen; daher sei sie in der Regel nicht invalidisierend (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2013 vom 6. März 2014 E. 6.2 mit Hinweisen). Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2 mit Hinweis).

Sodann gelten mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar. Die Behandelbarkeit eines psychischen Leidens sagt jedoch, für sich allein betrachtet, nichts über dessen invalidisierenden Charakter aus (Urteil des Bundesgerichts 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Somit gilt zu berücksichtigen, dass sich ausnahmsweise auch mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis invalidisierend auswirken können. Gerade in dieser Hinsicht ist auf die Stellungnahme von Dr. C.____

zu verweisen, welche ausführte, dass es trotz ausgebauter antidepressiver Medikation und wöchentlichen Sitzungen (und damit konsequent durchgeführter Depressionstherapie) phasenweise zu schweren depressiven Einbrüchen kommen und zeitweise nicht nur mittelschwere, sondern schwere depressive Stimmungslagen vorliegen würden (vorstehend E. 4.6).

Insgesamt sind die Diagnosestellung der Ärzte des B.____ und jene von

Dr. C.____ allerdings nicht ganz schlüssig. Eine Dysthymie kennzeichnet sich, wie zuvor dargelegt, im Wesentlichen dadurch aus, dass die lang dauernde depressive Verstimmung niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien einer rezidivierenden leichten oder mittelgradigen depressiven Störung zu erreichen (vgl. auch Dilling / Mombour / Schmidt, Hrsg., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 9. Auflage, Bern 2014, S. 183 unten). Da insbesondere Dr. C.____ die rezidivierende mittelgradige depressive Störung explizit als selbstständige Erkrankung auf führte und über phasenweisen gar schwere depressive Einbrüche berichtete, ist die Diagnose einer

Dysthymie

beziehungsweise einer Double Depression nicht vollends nachvollziehbar.

Zudem liegen Hinweise vor, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht nur objektive Gesichtspunkte berücksichtigt wurden, sondern auch subjektive Aspekte miteinflussen: So lässt sich aufgrund der Ausführungen des B.____ nicht ausschliessen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit von 10 % beziehungsweise 20 % nicht primär vom Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin, sondern von der vorhandenen Arbeitskapazität der Kollegin der Beschwerdeführerin, bei welcher ein Arbeitsversuch stattgefunden hat, geprägt war (vgl. vorstehend E. 4.4). Für eine abschliessende objektive Beurteilung ist daher eine psychiatrische Begutachtung unumgänglich.

E. 5.4

Dr. C.____ machte sodann

darauf aufmerksam, dass dem vorliegenden Chemobrain mit anhaltenden kognitiven Störungen bisher zu wenig Beachtung geschenkt worden sei (vorstehend E. 4.6) und weitere kognitive Abklärungen eventuell geplant seien (vorstehend E. 4.5). Vorliegend stellten sich die Beschwerdegegnerin und auch die Beigeladene auf den Standpunkt, die früher zu gesprochene befristete Rente sei aufgrund einer somatischen Erkrankung zugesprochen worden. Die erneute Anmeldung sei wegen eines psychischen Leidens und damit aufgrund eines neuen Gesundheitsschadens erfolgt (vgl. vorstehend E. 2.1 und E. 2.3). Allerdings lässt sich ein Zusammenhang zwischen den psychischen Problematiken mit dem früheren Krebsleiden beziehungsweise dessen Behandlung nicht ausschliessen:

Aus somatischer Sicht liegt eine Stellungnahme der Onkologin Prof. A.____ vor, welche ebenfalls ausführte, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit im Sinne eines Chemobrains im Verlauf verschlechtert habe (vorstehend E. 4.2). Im Übrigen war bereits im Rahmen der Abklärungen im Vorfeld der Verfügung vom 22. März 2011 von verminderter Konzentrationsfähigkeit und verminderter psychischer Belastbarkeit die Rede (vgl. vorstehend E. 3.3 f.). Inwiefern seit der letzten materiellen Abklärung kognitive Einschränkungen vorliegen, welche durch die Behandlung des Krebses (mit)verursacht sind und demzufolge nicht per se von einem neuen Gesundheitsschaden gesprochen werden

kann, wurde ungenügend abgeklärt. Der Bericht von Prof. A.____ erfolgte vermutlich einzig aufgrund telefonischer Rücksprache mit der Beschwerdeführerin, und es hat überwiegend wahrscheinlich keine aktuelle Untersuchung stattgefunden (vgl. Bericht vom 15. Oktober 2012 erster Satz, Urk. 7/41/3).

Im Übrigen wurde die frühere Rente zwar befristet, es bestand jedoch über den Zeitpunkt der Befristung hinaus eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht (vorstehend E. 3.4). Schon allein deswegen hätte es die Beschwerdegegnerin nicht unterlassen dürfen, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch aus somatischer Sicht aktuell beurteilen zu lassen.

E. 5.5

Sodann bleibt zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin die ihr attestierte Arbeitsfähigkeit konsequent umsetzte (vgl. Arbeitgeberbericht vom 19. November 2009, Urk. 7/16/3-4 Ziff. 2.14). Welche Umstände schliesslich zur ausgesprochenen Kündigung des Arbeitsverhältnisses im Jahr 2012 – das Arbeitsverhältnis wurde offenbar per 31. Januar 2013 aufgelöst (vgl. Urk. 14. S.3) – führten, klärte die Beschwerdegegnerin nicht ab, obwohl den vorliegenden Akten Hinweise zu entnehmen sind, dass die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr die ihrem Pensum entsprechende Arbeitsleistung erbringen und nur noch Routinearbeiten ausführen konnte (vgl. vorstehend E. 4.3). Wie es sich damit verhält, hat die Beschwerdegegnerin durch Einholen von Auskünften des ehemaligen Arbeitgebers abzuklären.

E. 5.6

Gesamthaft kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit überwiesender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, weshalb der Einschätzung der Beschwerdegegnerin und der Beigeladenen nicht

gefolgt werden kann. Die Sache ist zwecks Veranlassung einer polydisziplinären Begutachtung (vorzugsweise unter Einbezug eines Onkologen) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Damit die Gutachter insbesondere über möglichst umfassendes Material zur Beurteilung des retrospektiven Gesundheitszustandes verfügen, hat die Beschwerdegegnerin bei sämtlichen behandelnden Ärzten einen Verlaufsbericht einzuholen. Ebenfalls wäre es wünschenswert, dass sie vor dem Begutachtungstermin die Umstände, welche zur Kündigung führten, abklären und die

Ergebnisse der durchgeführten Abklärung den Gutachtern vorlegen würde.

Schliesslich ist die Beschwerdegegnerin noch darauf hinzuweisen, dass

zwar alle

Ärzte eine hohe Arbeitsunfähigkeit attestierten. Gleichzeitig wiesen sie jedoch auf den Willen der Beschwerdeführerin hin, sich wieder in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Ärzte des B.____ führten aus, dass von einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, sofern die Beschwerdeführerin beispielsweise durch ein Arbeitstraining auftrainiert werde (vorstehend E. 4.4). Dr. C.____ erachtete einen Arbeitsversuch als sinnvoll, um die Leistungsfähigkeit abzuklären (vorstehend E. 4.5). Die Beschwerdegegnerin hat nach durchgeführter medizinischer Abklärung nicht nur den Rentenanspruch, sondern im Sinne des Grundsatzes „Eingliederung vor Rente“ auch allfällige

Eingliederungsmassnahmen zu prüfen.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientuschädigung vorliegend auf Fr. 2'300.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. 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, neu verfüge. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sandra Glavas Soller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Rechtsanwältin Dr. Isabelle Vetter-Schreiber - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Mosimann Fonti

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

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