

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00262 vom 8. Juli 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-07-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00262

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00262 du 8 juillet 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00262 del 8 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, verfügt über keine Berufsausbildung und lebt seit 1979 in der Schweiz. Sie arbeitete stets Vollzeit und war als Raumpflegerin, später als Serviererin und ab August 1999 als Kassiererin bei der Y.____

tätig (Urk. 11/17 S. 2,

Urk. 11/66 S. 1

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). 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.

E. 1.2

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invaliden - versicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

Be richte 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.).

E. 2

ATSG).

E. 2.1

Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2015 ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdeführerin zog sinngemäss in Betracht, dass es der diagnostizierten psychischen Störung bereits an der erforderlichen Erheblichkeit fehle, um als invalidisierend zu gelten – zumal von einem verbesserten Gesundheitszustand nach dem letzten Klinikaufenthalt auszugehen sei. Aus medizinischer Sicht sei diese zudem nur mit

Belastungen im sozialen Umfeld zu erklären, welche

indes nicht IV-relevant seien

(Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin beantragt demgegenüber die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente. Zur Begründung führte sie sinngemäss aus, sie habe ein schweres Leben hinter sich und sei suizidgefährdet. Die Pflege der Familienmitglieder sei nur eine Teilursache ihrer Erkrankung. Zudem sei die Prognose gestützt auf die Arztberichte ungünstig.

Insbesondere hätten die Ärzte der MEDAS festgestellt, dass sie

aufgrund ihrer depressiven Störung ihre Leistungsfähigkeit

nur ungenügend steuern könne, erst nach einem Arbeits- oder Eingliederungsversuch in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 %

arbeitsfähig sei und die Erkrankung nicht allein durch psychosoziale Faktoren verursacht worden sei (Urk. 1).

E. 3.1

Nach dem ersten Klinikaufenthalt der Beschwerdeführerin holte zunächst deren Krankentaggeldversicherung ein Gutachten beim C.____

ein. Dieses wurde von Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 23. November 2013 erstellt und am 2. Januar 2014 sowie 3. März 2014 präzisierend ergänzt (Urk. 11/49 S. 6-17; Urk. 11/57). Sie diagnostizierte gestützt auf die ihr zugestellten Akten sowie eine Exploration der Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2013 (Urk. 11/49 S. 7) eine „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Symptom (ICD-10: F 32.2)“.

In ihrer Beurteilung hielt die Gutachterin unter anderem fest, es

liege ein chronisch ausgebildetes depressives Symptombild vor. Trotz intensiver psychiatrischer Behandlung mit diverser antidepressiver Medikation in angemessenen Dosierungen sowie einer Hospitalisation habe die Beschwerdeführerin bisher keine vollkommene Remission erreicht. Die eigenen und fremdanamnestischen Angaben hinsichtlich des psychopathologischen Befundes mit ausgeprägter Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Leistungsminderung und Insuffizienzgefühlen, die seit Jahren episodisch aufgetreten seien, würden für eine rezidivierende depressive Erkrankung, aktuell mittelgradiger Ausprägung sprechen. Als krankheitsunterstützende Faktoren seien ausdrücklich psychosoziale Stressfaktoren gegeben wie die schwere Erkrankung des Ehemannes und die Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Aus psychiatrischer Sicht sei ein erneuter Arbeitsversuch zu befürworten, da sich die Beschwerdeführerin durch ihre Leistung selbst definiere und die aktuelle Arbeitslosigkeit die depressiven Symptome eher verstärke (Urk. 11/49 S.12).

Die Gutachterin attestierte der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Kassiererin. Das 50%- Pensum sei langsam aufzubauen. Zudem sei zu befürchten, dass die Beschwerdeführerin ohne angemessene Betreuung an einem geeigneten Arbeitsplatz (nicht hoch frequentiert, geringere Kundendichte) jegliche Tätigkeit abbreche.

Negativ wirke sich das Ausmass der rezidivierenden depressiven Störung aus mit herabgesetzter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und depressiver Grundstimmung. Die Beschwerdeführerin besitze nicht mehr die Fähigkeit, hinreichend ausdauernd zu arbeiten. Die psychische Energie und der Antrieb seien deutlich eingeschränkt.

Es liege ein mehrjähriger Verlauf mit progredienter Symptomatik vor.

Die Prognose sei ungewiss. Der bisherige Verlauf habe aber gezeigt, dass nicht davon auszugehen sei, dass sie langfristig ein volles Pensum erlangen könne. Trotzdem könne sich ein Arbeits-coaching vor Ort positiv auf die Erlangung einer höheren

Arbeitsfähigkeit auswirken. Psychosoziale Belastungsfaktoren hätten aktuell einen Einfluss von bis zu 10%, d.h. lasse man diese ausser Acht, sei die Beschwerdeführerin zu geschätzt 60% arbeitsfähig (Urk. 11/49 S. 13 und 15 f.).

E. 3.2

Nach Vorliegen des Gutachtens holte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) ein. Die RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gelangte zum Schluss, Wortlaut und Kodifizierung der Diagnose würden nicht übereinstimmen und die Widersprüche zu den Vorakten nicht diskutiert

(Urk. 11/68 S. 5 f.)

E. 3.3

Die IV-Stelle gab deshalb ein polydisziplinäres (psychiatrisch, orthopädisch , internistisch) Gutachten bei der MEDAS B.____ in Auftrag (Urk. 11/63 S. 1). Die Gutachter untersuchten die Beschwerdeführerin am 26., 27. und 28. Mai 2014

(Urk. 11/63) und erstatteten ihr Gutachten am 26. Juni 2014 (Urk. 11/66).

Als objektiver Befund wurde im Teilgutachten Psychiatrie festgehalten, die Beschwerdeführerin

sei stets wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert, aufmerksam und konzentriert gewesen. Merkfähigkeitsstörungen seien keine beobachtet worden. Das Ergebnis des Mini-Mental-Tests spreche gegen gröbere kognitive Störungen. Das Denken sei formal intakt . Abnorme Befürchtungen, Ängste oder Zwänge ebenso Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien keine eruierbar gewesen. Sie leide an keinen Phobien, Wahnstimmungen, Wahnwahrnehmungen oder Wahngedanken. Sie habe während der Untersuchung einen guten affektiven Rapport aufrechterhalten und alle Fragen sachlich beantwortet. Affektiv habe sie zumeist einen deprimierten Eindruck gemacht und sich etwas hoffnungslos gezeigt. Dysphorisch oder gereizt sei sie jedoch nicht gewesen . Sie habe sich sehr über ihr Schicksal beklagt, einige Male geweint und betont, keine Lust zum Leben zu haben, so wie es jetzt sei. Sie habe praktisch ununterbrochen geredet, sei mit ihrem Leid beschäftigt gewesen, habe viel Selbstmitleid gezeigt und sich sehr bemüht, ihre Not zu kommunizieren. Sie sei indes affektiv noch schwingungsfähig gewesen. Mimik, Gestik und Stimme seien den Inhalten entsprechend adäquat gewesen. Antriebs- oder psychomotorische Störungen hätten sich während des Gesprächs keine gezeigt. Gegenwärtig sei sie nicht suizidal und würde sich auch aus Rücksicht auf die Familie nichts antun. Sie habe glaubwürdig einen Verlust an Lebensfreude, teilweise Interessenverlust und eine allgemeine Erschöpfung geäußert. Ein niedriges Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen habe nicht im Vordergrund gestanden. Sie habe jedoch die Befürchtung geäußert, sie würde sich als Versagerin fühlen, sollte sie bei einem erneuten Arbeitsversuch scheitern. Schuldgefühle oder allgemein pessimistische Zukunftsperspektiven seien nicht ausgeprägt gewesen. Schlafstörungen hätten sich keine gezeigt . Alsdann habe sie von einem Libidoverlust in den letzten Jahren berichtet (Urk. 11/66 S. 17) .

In der polydisziplinären Zusammenfassung hielten die Gutachter als Hauptdiagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit teilweisem somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.11) fest. Als Nebendiagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich einschränkten, nannten sie:

mittelgradige medialbetonte Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts, aktuell asymptomatisch ;

Insertionstendopathie Kniegelenk links ; Genua valga beidseits ; Hüftgelenksfunktionsstörung links, bei muskulärer Dysbalance ; Spondylarthrose L5/S1 asymptomatisch ; Knick-Senk-Spreizfuß beidseits ; Hallux

valgus beidseits ; Adipositas, BMI 33.2 kg/m² (ICD-10: E66.00) ; Hypercholesterinämie (ICD-10: E78) und Dyspepsie (ICD-10: K30) . Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter

fest, dass sich aus allgemein-internistischer und orthopädischer Sicht keine Einschränkungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassierin ergäben. Es bestünden allenfalls qualitative Einschränkungen des positiven Leistungsbildes für ständiges Treppengehen, Leiternsteigen und ständiges Heben von Lasten über 15 kg. Dementsprechend könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als adaptierte angenommen werden. Allerdings bestehe als Kassiererin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 19. Oktober 2012, da die Beschwerdeführerin der damit verbundenen Hektik und dem Zeitdruck nicht gewachsen sei. Polydisziplinär sei damit die psychiatrische Beurteilung führend

(Urk. 11/66 S. 30). In einer adaptierten Tätigkeit resultiere eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 50 % aus der depressiven Störung mit reduzierter Energie, Durchhaltefähigkeit und vermehrtem Pausen-

bzw. Erholungsbedarf. Die Beschwerdeführerin könne eine adaptierte Tätigkeit nach einem Arbeitsversuch bzw. Wiedererprobungsversuch anfangen. Diese sollte sie in einer ruhigen, nicht hektischen Umgebung ohne Zeitdruck ausführen können (Urk. 11/66 S. 31).

E. 3.4

, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3). Da die zu tätigen Abklärungen primär eine Präzisierung und Ergänzung des Gutachtens der MEDAS beinhalten, sind sie von der Beschwerdegegnerin vorzunehmen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen und die Sache zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen 6. 3

Es bleibt hinzuzufügen, dass sich in den medizinischen Unterlagen Hinweise auf möglicherweise subjektive Auffassungen und Aggravation der Beschwerde - führerin ergeben, welche die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen.

So ist dem pathologischen Befund des Teilgutachtens Psychiatrie der MEDAS zu entnehmen, dass sie sich sehr über ihr Schicksal beklagt habe. Sie sei sehr mit ihrem Leid beschäftigt gewesen, habe viel Selbstmitleid gezeigt und sei bemüht gewesen, dem Gutachter ihre Not zu kommunizieren (Urk. 11/66 A. 17). Gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter brach sie das Belastbarkeitstraining darüber hinaus nicht wegen ihrer Gesundheit ab, sondern weil sie die Arbeit zu eintönig und einfach gefunden habe und ihr der lange Arbeitsweg von jeweils einer Stunde zu aufwendig gewesen sei (Urk. 11/66 S. 19). In diesem Lichte genauer zu prüfen sein wird auch der Suizidversuch in einem kontrollierten Umfeld und einer offenbar untauglichen Medikamendosis kurz nach dem negativen Vorbescheid betreffend eine IV-Rente. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung; IVG) und auf Fr. 800.– anzusetzen. 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 der die die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 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). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000 . – (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid vom 27. Januar 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 . – werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000 . – (inkl. Barauslagen und MWSt .) zu bezahlen. 4 .

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

E. 3.5

Im Herbst 2014 wurde die Beschwerdeführerin zum zweiten Mal stationär behandelt. Im Austrittsbericht der A.____ vom 17. Dezember 2014 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert (Urk. 11/79 S. 9).

Unter dem Titel „Diagnostik, Therapie und Verlauf“ wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin am 28. Oktober 2014 in suizidaler Absicht 200 mg Quetiapin eingenommen habe, welches sie von zuhause mitgenommen habe. Die Suizidalitätseinschätzung habe am 2. Tag gestoppt werden können. Auslöser für die Krise sei eine starke Hoffnungslosigkeit auf Besserung der depressiven Symptomatik und die Tabletteneinnahme eine Handlung im Affekt gewesen. Die Reduktion des Therapieplanes

habe der Beschwerdeführerin viel Druck weg genommen. Somit seien positive Aktivitäten (Stricken, Spaziergehen) erarbeitet worden, die ihr sehr geholfen hätten. Die Beschwerdeführerin sei in gebessertem Zustand mit insbesondere Regredienz der niedergeschlagenen Stimmung, sowie einer leichten Verbesserung der Antriebs- und Freudlosigkeit, ohne Anhaltspunkte für Selbst- oder Fremdgefährdung in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden (Urk. 11/79 S. 11).

E. 4

Juli 2012 E.2.2). Einerseits ist unklar, auf welchen Zeitpunkt sich die Feststellungen der Ärzte in diesem Bericht beziehen. Andererseits ergibt sich daraus im Vergleich zu den früheren Berichten

nichts Neues (vgl. Urk. 11/14/3, Urk. 11/79) .

E. 4.1

Die Argumentation der Beschwerdegegnerin stützt sich in erster Linie auf die im Gutachten der MEDAS gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit teilweise somatischem Syndrom (Urk. 11/66 S. 27). Diese sei nicht als invalidisierend zu beurteilen. Auch die spätere Diagnose einer schweren depressiven Störung zufolge Ablehnung der IV-Leistungen sei nicht IV-relevant, zumal beim Klinikaustritt von einem verbesserten Gesundheitszustand und einer klaren Distanzierung von Suizidgedanken ausgegangen werden könne (Urk. 2 S. 1).

Nach der Rechtsprechung ist eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen praxisgemäss prinzipiell nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2013 vom 4. März 2014

E. 3.6.1 mit Hinweisen). Bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) oder Störungen verneint das Bundesgericht ebenfalls regelmässig deren invalidisierende Wirkung , schliesst diese jedoch nicht schlechthin aus. Konkret führte es dazu bis anhin aus, deren Annahme bedinge, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handle und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt werde , deren Scheitern das Leiden als resistent ausweise (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E.

E. 4.2

Indessen hat

das Bundesgericht die vorrangige Beachtlichkeit der psychischen Komorbidität kürzlich im Rahmen einer Anpassung seiner Rechtsprechung zu Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und zu vergleichbaren psychosomatischen Leiden aufgegeben. Der neue Entscheid beruht auf der Idee, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen der Beschwerden zu berücksichtigen hat (vgl. zur neuen Rechtsprechung Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2013 vom 3. Juni 2015 insbesondere E. 3.6 und 4.1.1) . In diesem Sinne ist auch der Hinweis des Bundesgerichts in einzelnen seiner bisherigen Entscheide zu verstehen, es habe die Annahme, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Episode eine IV-rechtlich relevante Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bewirke, nicht als offensichtlich unrichtig qualifiziert. Es könne daher

kein anderes Ergebnis resultieren, wo eine mittelschwere depressive Episode respektive Störung vorliege (Urteil des Bundesgerichts 9C_980/2010 vom 20. Juni 2011 E. 5.3 mit Hinweis).

Demzufolge kann der Rentenanspruch bei einer mittelgradigen depressiven Episode nicht allgemein, d.h. einzig gestützt auf die Diagnose und unbesehen der erwerbsbezogenen Auswirkungen im Einzelfall verneint werden.

E. 4.4

Der von der Beschwerdeführerin im Laufe des Gerichtsverfahrens eingeholte Bericht der A.____ vom 17. April 2015 (act . 14) vermag daran nichts zu ändern . Tatsachen, die sich nach Erlass der Rentenverfügung

verwirklichen, sind nur insoweit zu

berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang

stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses

zu beeinflussen (BGE 99 V 98 S. 102 , Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2012 vom

E. 4.4.1

4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E.

E. 4.5

Nicht gefolgt werden kann sodann

der Beschwerdegegnerin, welche mit dem Hinweis auf den Auslöser der Episode, den negativen

Renten- Vorbescheid , sowie auf den verbesserten Gesundheitszustand nach dem Klinikaufenthalt sinngemäss eine höchstens vorübergehende Verschlechterung der depressiven Erkrankung geltend machte und trotzdem auf die Diagnose im Gutachten der MEDAS abstellt . Einerseits häuft es sich jedoch die Klinikaufenthalte (Eintritte August 2011, Januar 2013 und Oktober 2014) und die Schwere der Episoden nahm weiter zu. Andererseits wurde

bereits in den bisherigen Gutachten ein eher ungünstiger Verlauf prognostiziert.

Im Gutachten des C.____ wurde

etwa festgehalten, dass ein chronisch ausgebildetes depressives Symptombild vorliege und trotz intensiver psychiatrischer Behandlung mit diverser antidepressiver Medikation in angemessenen Dosierungen sowie einer Hospitalisation keine vollkommene Remission erreicht worden sei (Urk. 11/49 S. 11). Es liege ein mehrjähriger Verlauf mit progredienter Symptomatik vor. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin längerfristig ein volles Arbeitspensum erlangen könne (Urk. 11/49 S. 15 f.).

Die Ärzte der MEDAS stellten ebenfalls fest, dass die Beschwerdeführerin an einer chronisch rezidivierenden Depression leide (Urk. 11/66 S. 29) , nur zu 50 %

in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig sei und die Prognose in Anbetracht der psychischen Entwicklung eher ungünstig sei (Urk. 11/66 S. 31). Zu diesem Schluss kamen sie, obgleich die Blutspiegel-Untersuchung der Psychopharmaka zeigte, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente anweisungsgerecht einnahm (Urk. 11/66 S. 17) ,

und sie nach eigenen Angaben wöchentlich ihre Psychiaterin und bei Bedarf den Hausarzt aufsuchte (Urk. 11/66 S. 14).

Aufgrund dieser Feststellungen kann eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit übrigens auch vor dem Hintergrund, dass es sich unbestritten um eine rezidivierende depressive Störung handelt, nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden.

E. 5

.1

Die Beschwerdeführerin argumentiert weiter, gestützt auf die Akten sei die Depression einzig damit zu begründen, dass die Beschwerdeführerin neben der Arbeit noch ihren Ehemann pflegen müsse und der 39-jährige, ebenfalls depressive Sohn noch zu Hause wohne. So habe diese bis ins Jahr 2013 100 % gearbeitet, obwohl ihr Vater Alkoholiker gewesen und ihre Schwester bereits mit 39 Jahren verstorben sei. Die letzte stationäre Massnahme sei eine Folge des negativen Vorbescheids betreffend eine Rente gewesen. Medizinisch sei somit zwar eine volle Arbeitsunfähigkeit gegeben, aus rechtlicher Sicht sei diese aber nicht nachvollziehbar (Urk. 2 S. 2).

E. 5.2

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 psycho-soziale 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 vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden sozio-kulturellen 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).

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 indessen mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012

E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 5.3

Dies ist eine Folge davon, dass es sich bei der Invalidenversicherung um eine finale Versicherung handelt. Liegt ein verselbständigter Gesundheitsschaden vor, ist für dessen Anspruchserheblichkeit also nicht bedeutsam, ob soziale Umstände bei seiner Entstehung eine massgebende Rolle spielten. Eine renten begründende Invalidität kann deshalb nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint werden. Besteht erst ein verselbständigter Gesundheitsschaden, können soziale Umstände zudem einen Einfluss auf dessen Folgen haben und sich somit indirekt auf die Leistungen der Invalidenversicherung auswirken. Kein verselbständigter bzw. invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden liegt demgegenüber jedenfalls dann vor, soweit durch soziale Umstände verursachte psychische Störungen wieder verschwinden, wenn die Belastungsfaktoren wegfallen (vgl. Urteile des Bundesgerichts

8C_2013 vom 29. April 2014 E. 5.2.3, 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 2.3.3 und 9C_766/2010 vom 20. Dezember 2012 E. 2.3.3 jeweils mit Hinweisen).

E. 5.4

Im Gutachten des C.____ wurde diesbezüglich neben der Chronifizierung und Progredienz der Beschwerden

ausdrücklich festgehalten, dass als krankheitsunterstützende Faktoren psychosoziale Stressfaktoren gegeben seien wie die schwere Erkrankung des Ehemannes und die Kündigung des Arbeitsverhältnisses (Urk. 11/49 S. 11). Die Gutachterin attestierte der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Kassiererin, das Pensum sei langsam aufzubauen und ein geeigneter Arbeitsplatz (weniger frequentiert, geringere Kundendichte) sowie ein Arbeitscoaching nötig. Als Einschränkungen bezeichnete sie die herabgesetzte Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und eine depressive Grundstimmung. Es fehle der Beschwerdeführerin an der Durchhaltefähigkeit. Die psychische Energie und der Antrieb seien deutlich eingeschränkt. Psychosoziale Belastungsfaktoren hätten Einfluss auf die Schwere der Depression vor allem hinsichtlich der Leistungsfähigkeit. Diesen Einfluss quantifizierte die Gutachterin mit bis zu 10%. Bei Ausserachtlassen dieser Faktoren sei die Beschwerdeführerin somit zu geschätzt 60% arbeitsfähig. Ein Arbeitscoaching könne sich zudem positiv auf die Erlangung einer höheren Arbeitsfähigkeit auswirken, indes sei aufgrund des bisherigen Verlaufs nicht mit der Erlangung eines vollen Pensums zu rechnen (Urk. 11/49 S. 13 und 15 f.).

Demnach

ging

die Gutachterin

zweifellos

von einem inzwischen verselbständigten Gesundheitsschaden aus, der auch bei Wegfall der belastenden Umstände weiter bestehen würde, und schätzte die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit auf mindestens 40%. Gestützt auf diese Angaben lässt sich der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin jedoch nicht klären. Einerseits hielt die Gutachterin

eine nicht näher quantifizierte Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in einem nicht näher spezifizierten Zeitraum mittels Wiedereingliederungsmassnahmen

für

möglich.

Andererseits erfolgte ihre Beurteilung vor der letzten und soweit ersichtlich schwersten depressiven Episode im Herbst 2014 und berücksichtigt folglich nicht alle medizinischen Fakten. Nicht zuletzt ist

auch der RAD-Ärztin beizupflichten, dass sich die Gutachterin

zunächst nicht mit den Vorakten auseinandersetzte. Im Schreiben vom 3. März 2014 verwies sie als Ursache für die unterschiedlichen Beurteilungen zumindest auf das fluktuierende Krankheitsbild (Urk. 11/57 S. 4 f.). Darüber hinaus äussert sie sich nur bedingt

zu den aus dem Gesundheitsschaden resultierenden Einschränkungen. Es ist beispielsweise unklar, ob Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit leicht, mittel oder erheblich beeinträchtigt sind. Insgesamt erfüllt das Gutachten die beweisrechtlichen Anforderungen somit nicht.

E. 5.5

Dem Teilgutachten Psychiatrie der MEDAS ist neben der vorerwähnten Chronifizierung zu entnehmen, dass psychosoziale Faktoren auf den Verlauf, wie bei jeder Depression, einen gewissen Einfluss hatten (Urk. 11/66 S. 18). Bei der psychiatrischen Diagnose wies der untersuchende Gutachter

jedoch explizit darauf hin, die depressive Erkrankung sei primär und nicht alleine durch psychosoziale Faktoren verursacht (Urk. 11/66 S. 19). Im Rahmen der polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung stellten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin leide seit über zehn Jahren an rezidivierenden Depressionen, diese würden durch psychosoziale Belastungen und Schicksalsschläge zusätzlich verstärkt (Urk. 11/66 S. 28). Sie kamen zum Schluss, polydisziplinär führend sei die psychiatrische Beurteilung. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage 0%. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 50% in einer adaptierten Tätigkeit resultiere aus der depressiven Störung mit reduzierter Energie, Durchhaltefähigkeit und vermehrtem Pausen- bzw. Erholungsbedarf (Urk. 11/66 S. 29 f.). Zu den konkreten Einschränkungen äusserten sich die Gutachter wie folgt:

Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Ihre Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei durch die depressive Stimmung leicht reduziert. Grundsätzlich sei sie eine flexible und umstellungsfähige Person, durch die depressive Stimmung seien diese Eigenschaften jedoch leicht beeinträchtigt. Das Gleiche gelte für die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen. Durch die depressive Stimmung sei die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht eingeschränkt, die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit seien ebenfalls eingeschränkt,

die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit hingegen nicht. Die Beschwerdeführerin sei zudem in der Lage, die öffentlichen Verkehrsmittel uneingeschränkt zu benutzen (Urk. 11/66 S. 19).

In diesem Gutachten wird ein verselbständigter Gesundheitsschaden also

ebenfalls bejaht. Weitere Ursachen neben den psychosozialen Faktoren werden dabei impliziert, aber nicht ausdrücklich genannt. Nicht ersichtlich ist, ob die Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit auch die aktuelle Belastungssituation mitberücksichtigt oder nicht. Zumindest fällt auf, dass die Gutachter der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierten, obwohl sie sämtliche aus der depressiven Erkrankung fließenden Beeinträchtigungen nur als leicht qualifizierten.

Dies lässt sich nur mit der Berücksichtigung weiterer Faktoren schlüssig erklären. Mit der Einschätzung im früheren Gutachten, dass die aktuelle Belastungssituation nur geringfügig bzw. bis zu

E. 5.6

Schliesslich ergeben sich aus dem Schreiben der ambulanten Behandlerin der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Februar 2014 Hinweise darauf, dass die Depression erblich (mit-)bedingt sein könnte. So soll bereits der Vater der Beschwerdeführerin unter schweren Depressionen gelitten und ihr Sohn wegen desselben Leidens bereits mehrere Suizidversuche unternommen haben (Urk. 11/52). In den Gutachten finden sich dazu jedoch keine Ausführungen.

E. 5.7

Festzuhalten ist, dass sich das Gericht auch im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf (Urteil des Bundesgerichts

8C_842/2013 vom 11. März 2014 E. 4.3.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin leidet seit über zehn Jahren an psychischen Beschwerden, welche als chronische rezidivierende Depression mit zuletzt schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome qualifiziert wurden. Auch wenn die Beschwerdeführerin zunächst mit Hilfe von Medikamenten weiter 100 % arbeiten konnte und psychosoziale Faktoren zweifellos stark zur Entstehung des psychischen Krankheitsbildes beigetragen bzw. dieses (mit)verursacht haben, kann daraus allein noch nicht gefolgert werden, dass sich zwischenzeitlich nicht eine verselbständigte psychische Störung herausgebildet hat. Ein von der aktuellen Belastungssituation unabhängiger Gesundheitsschaden wird denn auch in beiden Gutachten bejaht. Allerdings kann aus den dargelegten Gründen nicht auf diese abgestellt werden, so weit es um die Frage geht, ob der Gesundheitsschaden einen massgeblichen Einfluss auf die attestierte Arbeitsunfähigkeit hat oder diese mehr oder weniger allein auf die aktuelle Belastungssituation zurückzuführen ist.

E. 5.8

Im Übrigen ist aber hervorzuheben, dass sämtliche Gutachter eine Chronifizierung und Zunahme der Beschwerden trotz regelmässiger Psychotherapie und zuverlässiger Medikamenteneinnahme feststellten (vgl. E. 4.5). Dem Gutachten der MEDAS ist ausserdem zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin durch ihre depressive Störung in ihrer leistbaren Willensanstrengung beeinträchtigt sei. Allein durch ihren Willen könne sie weder ihre Stimmung noch ihre verfügbare Energie kontrollieren und somit auch ihre Leistungsfähigkeit nur ungenügend steuern (Urk. 11/66 S. 19). Therapieresistenz, verminderte Steuerungsfähigkeit

und Nebenwirkungen der regelmässig eingenommen Medikamente lassen es nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass die Beschwerdeführerin ihr psychisches Leiden vollständig überwinden kann. 6.

6.1

Zusammengefasst ist bis anhin nicht schlüssig und somit ungenügend geklärt, in welchem Verhältnis psychische Störung und aktuelle Belastungssituation

bezüglich der Arbeitsunfähigkeit stehen, weshalb der Rentenanspruch nicht beurteilt werden kann. Darüber hinaus geben die medizinischen Unterlagen keinen Aufschluss über den medizinischen Sachverhalt zum Zeitpunkt der Rentenverfügung, obwohl der letzte Klinikeintritt damals bereits mehr als drei Monate zurück lag (vgl. Art. 88a Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV). 6.2

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger gestützt auf § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klärung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210).

E.

E. 10

zur Arbeitsunfähigkeit beizutragen, setzten sich die Gutachter nicht auseinander.

Im Übrigen gilt

auch für dieses Gutachten, dass es die letzte und schwerste Episode bis zum Erlass der Rentenverfügung nicht berücksichtigt. Ansonsten vermag es den formellen Anforderungen jedoch zu genügen und diskutiert insbesondere auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen in den Vorakten (Urk. 11/66 S. 21).

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