

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00715 vom 18. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00715

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00715 du 18 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00715 del 18 gennaio 2017

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). 1. 2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Die IV-Stelle tätigte weitere medizinische Abklärungen und liess die Versicherte durch das A.____

polydisziplinär begutachten (Expertise vom 31. August 2015 ; Urk.

E. 2

.0 1065 ; Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 24. Mai 2016 (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Jahre 2011 nicht wesentlich verändert habe. Der Beschwerdeführerin könne ihre bisherige Tätigkeit weiterhin zu 60 % zugemutet werden. Dies ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 36 % . Im Verfahren führte sie zudem aus (Urk. 5) , dass die psychischen Beschwerden therapeutisch angebar und damit nicht invalidisierend seien. Zudem bestehe eine ausgeprägte Selbstlimitierung und lägen psychosoziale Belastungsfaktoren vor .

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin beurteile einerseits das neu eingeholte Gutachten des A.____ vom 31. August 2015 als nachvollziehbar und schlüssig. Andererseits sei sie der Ansicht, beim Gutachten handle es sich bloss um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes und stelle deshalb nicht auf die darin festgehaltene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab. Sie verhalte sich damit widersprüchlich. Gemäss dem Gutachten sei die Beschwerdeführerin nur noch zu 50 % arbeitsfähig. Zudem sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 4

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 Vorakten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 10

% zu berücksichtigen, weshalb sie Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe. Im Verfahren führte sie zudem aus (Urk. 9), dass ihre psychischen Beschwerden als therapieresistent angesehen werden müssten. Sie habe kein Aggravationsverhalten gezeigt und die psychosozialen Belastungsfaktoren seien bei der gutachterlichen Beurteilung ausser Acht gelassen worden. 3. 3. 1 3.1.1

Aufgrund der Neuanschuldung vom Februar 2011 (Urk.

6/29-32) wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin im Y.____ erneut poly disziplinär (internistisch-rheumatologisch-psychiatrisch) abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 12. April 2012 stellten die verantwortlichen Fachärzte auf grund ihrer Untersuchungen vom 2. bis 5. Januar 2012 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/47 S. 24): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen - Cephalische Schmerzkomponente - Muskuläre Dysbalance des Schultergürtels - Wiederholte Brachialgie rechts

Zudem führten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 24 f.) : - Chronisches cervikovertebrales Syndrom - Schulterimpingement rechts - Chronisches lumbovertebrales Syndrom - mit wiederholter spondylogener Ausstrahlung nach rechts - Fehlf orm der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz - Refluxoesophagitis - Colon irritabile

Die Ärzte führten zusammenfassend aus, im Vordergrund stehe eindeutig das psychische Leiden. Die Beschwerdeführerin zeige eine depressive Symptomatik, die in ihrem Ausmass einer mittelschweren Episode und einer rezidivierenden depressiven Störung entspreche. Im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung seien auch Somatisierungstendenzen zu verzeichnen, in dem somatisch erklär bare Beschwerden eine gewisse funktionelle Verstärkung erfahren würden. Ansonsten würden sich die Befunde von Seiten des Bewegungsapparates bescheiden ausnehmen. Objektiv finde sich zwar im MRI eine nachgewiesene mediale Diskushernie C4/5, die allenfalls einen gewissen Teil der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Nackenschmerzen erklären könnte, doch sei das geltend gemachte Ausmass der Beschwerden nicht nachvollziehbar. Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, da die Beschwerdeführerin an ihrem letzten Arbeitsplatz keinen grösseren körperlichen Belastungen ausgesetzt gewesen sei (Abpacken von Medikamenten in kleinere Pakete), bestehe diesbezüglich keine Einschränkung aus somatischen Gründen. Die Einschränkung ergebe sich aus dem psychischen Leiden, durch welches die Beschwerdeführerin in ihrer psychophysischen Belastbarkeit, Kraftentfaltung und Ausdauer eingeschränkt sei. Für diese wie auch sämtliche alternativen Verweistätigkeiten ohne übermässige körperliche Belastung wie repetitives Heben schwerer Lasten oder körperliche Zwangshaltungen bestehe seit 1. März 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahr 2006 habe sich der psychische Gesundheitszustand in dem Sinne (merklich) verschlechtert, als die depressive Symptomatik heute in ausgeprägterem Masse vorhanden sei; aus diesem Grunde ergebe sich bei der jetzigen Beurteilung eine etwas höhere Arbeitsunfähigkeit (S. 25 f.). 3. 1. 2

In dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Bericht der

C.____ vom 10. Juli 2012, wo die Beschwerdeführerin

vom 23. März 2012 bis am 13. Juli 2012 in stationärer Behandlung stand, diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40). Sie führten im Wesentlichen aus, im Vordergrund stehe eine ausgeprägte depressive Symptomatik mit schneller Ermüdbarkeit, erhöhtem Schlafbedürfnis, Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, innerer Unruhe, Freudlosigkeit und Interessenverlust. Ausserdem klagte die Beschwerdeführerin über vielfältige und wechselhafte Schmerzen. Seit dem Eintritt in die Spezialstation für Depression und

Angststörungen habe durch die medikamentösen Behandlungsversuche sowie das multimodale Behandlungsprogramm (psychotherapeutische Gespräche, Physiotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie) keine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik erzielt werden können. Auch habe eine ausführliche internistische Abklärung zu keinem neuen Erkenntnisgewinn bezüglich der Schmerzsymptomatik geführt. Aufgrund des langjährigen und therapieresistenten depressiven Krankheitsverlaufs bestehe die Indikation zur Elektrokrampftherapie (EKT), mit welcher begonnen worden sei. Aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik sowie der deutlichen Schmerzsymptomatik bestehe aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/58). 3. 1. 3

In dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Austrittsbericht der C.____

vom 8. August

2012 über die stationäre Behandlung vom 23. März bis 13. Juli 2012 stellten die verantwortlichen Ärzte dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 10. Juli 2012, diagnostizierten aber zusätzlich eine generalisierte Angststörung (F41.1). In Ergänzung ihres Berichtes vom 10. Juli 2012 führten sie zur Hauptsache aus, die Elektrokrampftherapie sei mit insgesamt acht Sitzungen komplikationslos verlaufen. Im Rahmen dieser Behandlung habe folgende Beobachtung gemacht werden können: Die Beschwerdeführerin habe affektiv gelöst gewirkt, die emotionale Schwingungsfähigkeit habe zugenommen und die innere Unruhe leicht nachgelassen. Jedoch habe die Beschwerdeführerin eine anhaltende Schmerzproblematik geschildert. Nach der achten EKT-Behandlung habe sie

einen raschen Austritt gewünscht, um während der Schulferienzeit mit ihren Töchtern verbringen zu können. Bei fehlen dem Hinweis auf eine Fremd- oder Selbstgefährdung sei sie in die bestehenden Verhältnisse entlassen worden. Es sei unter anderem vorgeesehen, dass die Beschwerdeführerin Ende August Kontakt aufnehme, um die Indikation zur Durchführung einer Erhaltungs-EKT prüfen zu können (Urk. 6/71/10-16). 3.1.4

In Würdigung dieser Aktenlage gelangte das Gericht im Urteil vom 27. März 2014 (Urk. 6/79) zum Schluss, auf das Gutachten des Y.____, welches sämtliche praxismässigen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beurteilung Grundlage erfülle (vgl. E. 1.4 hievore), könne abgestellt werden; dies je den falls bis zum Untersuchungszeitpunkt im Januar 2012. Die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, erscheine nachvollziehbar (E. 4.1).

In der Zeit bis zum Erlass der damals angefochtenen Verfügung vom 6. September 2012 (Urk. 6/62) sei die Beschwerdeführerin vom 23. März 2012 bis zum 13. Juli 2012 in der C.____ hospitalisiert gewesen und medikamentös und mittels eines multimodalen Behandlungsprogramms sowie EKT therapiert worden (E. 3. 1. 2-3 hievore). Es bestünden Hinweise darauf, dass nach der Begutachtung durch das Y.____ eine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Das Gericht wies daher die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie die Verhältnisse für die Zeit nach der Begutachtung ergänzend abkläre (E. 4.2-3). 3.2

Im nach dem Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts eingeholten Gutachten des A.____ vom 31. August 2015 (Urk. 6/116/1-92) stellten Dr. med.

D.____ , FMH Innere Medizin, Dr. med. E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. F.____ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, Dr. G.____ , Diplompsychologin, und lic . phil. H.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, aufgrund ihrer Untersuchungen vom 20. Mai, 28. Mai und 23. Juni 2015

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 71): - Mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11)

Zudem führten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 71): - Subjektiv beklagte Missempfindungen Schultergürtelregion rechts und obere Extremität rechts - ohne somatisch-rheumatologisches Korrelat, ohne Schmerzprovokation, mit freier und schmerzloser Beweglichkeit der HWS-Segmente ohne Hinweise für eine Facettengelenks- oder radikuläre Symptomatik bei - MRI-dokumentierter medianer Diskushernie C4/C5 ohne radikuläre

Kompromittierung (MRI HWS 21.03.2011) - DD im Rahmen einer Somatisierungsstörung - Metabolisches Syndrom (Bauchumfang 93 cm, Triglyceriderhöhung und verminderte s HDLC) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.24)

Dazu hielten sie fest, dass sich aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse.

Bei der rheumatologischen Untersuchung sei die Untersuchung des Bewegungsapparates an allen Etagen, auch an

der Halswirbelsäule und am rechten Arm unauffällig gewesen und ohne provozierbare Missempfindungen. Radiologisch würden relevante Beeinträchtigungen der Nervenwurzel fehlen. Aufgrund dieser Angaben sei differenzialdiagnostisch eine Somatisierungsstörung anzunehmen im Rahmen eines syndromalen Beschwerdebildes ohne somatisches Korrelat. Aus rheumatologisch-somatischer Sicht werde für sämtliche Tätigkeiten, auch für die angestammte Tätigkeit in der Verpackung von Medikamenten bis 2011, bezogen auf ein volles Pensum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar und ausgewiesen beurteilt. Die subjektiv beklagten Missempfindungen würden nicht zum Attestieren oder Begründen einer Arbeitsunfähigkeit qualifizieren.

Die neuropsychologische Untersuchung habe keine pathologischen Auffälligkeiten ergeben. Aus neuropsychologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin die kognitiven Anforderungen ihrer angestammten Berufstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt bewältigen.

Die psychiatrische Untersuchung habe im Hinblick auf die diagnostische Einschätzung im Wesentlichen keine Diskrepanzen ergeben. Auf psychiatrischem Gebiet liege bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, darüber hinaus eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Im Hinblick auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werde aufgrund der Würdigung der Versicherungsakten und der heutigen Untersuchung gegenwärtig von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen. Trotz der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, die sicherlich die Beschwerdeführerin

in ihrer Leistungsfähigkeit einschränke, habe die gutachterliche Konsistenzprüfung klare Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Insbesondere seien erhebliche Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden, Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden sowie

der Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchung sowie Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Inanspruchnahme gegenwärtiger therapeutischer Hilfe aufgefallen (S. 78 f.).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, in den tiefen depressiven Phasen an Suizidgedanken zu leiden, sie habe öfter daran denken müssen. Es beständen jedoch weder Suizidversuche noch ein selbstverletzendes Verhalten (S. 52).

Aufgrund der psychischen Beschwerden bestehe in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit in der Verpackung von Medikamenten und in allen angepassten zeitlich flexiblen Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck und mit reduziertem Publikumsverkehr und reduzierten Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit dem Zeitpunkt der aktuellen polydisziplinären Abklärung (S. 79). Es erscheine nicht nachvollziehbar, dass sich die Beschwerdeführerin trotz der angegebenen Schwere der depressiven Erkrankung und der subjektiven Beeinträchtigung in einer niederschweligen psychotherapeutischen Behandlung mit Sitzungsfrequenz alle zwei bis vier Wochen befinde. Es bestehe eine ausgesprochene Selbstlimitierung. Es könne auch nicht nachvollzogen werden, dass die Beschwerdeführerin trotz der angegebenen Schwere der Störung und Alltagsbeeinträchtigung imstande sei, Auslandsreisen zu unternehmen. An den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin werde aufgrund der erheblichen Diskrepanzen und Inkonsistenzen gezweifelt (S. 81).

Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Zeitpunkt der Begutachtung durch das Y.____ (April 2012) nicht verändert (S. 82). 3.3

Im Austrittsbericht der B.____ vom 26. Juli 2016 (Urk. 10), bei welcher sich die Beschwerdeführerin (nach Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 24.

Mai 2016 [Urk. 2]) vom 11. bis 30. Juni 2016 in stationärer Behandlung befand, wurde folgende Diagnose festgehalten: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)

Dazu wurde ausgeführt, dass in der Vorgeschichte drei Suizidversuche mit Tablettenintoxikation stattgefunden hätten. Seit mehreren Monaten beständen Suizidgedanken und Suizidhandlungen, welche die Beschwerdeführerin jedoch ihrem familiären und therapeutischen Umfeld verschwiegen habe. Der Eintritt in die B.____ sei per fürsorgerische Unterbringung (FU) zur Krisenintervention aufgrund einer Selbstgefährdung im Rahmen der rezidivierend depressiven Erkrankung erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei zuvor auf Empfehlung ihrer ambulanten Psychologin freiwillig ins I.____ eingetreten. Dort habe sie jedoch ein ausführliches Eintrittsgespräch abgelehnt und nur einsilbig Auskunft gegeben. Aufgrund des nicht umfassend beurteilbaren Suizidrisikos sei die Ausstellung der FU erfolgt. 4.

Das polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 31. August 2015 (E. 3. 2) beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, rheumatologischen, psychiatrien und neuropsychologischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Sie zeigten auf, dass

für ein zervikoradikuläres Reizsyndrom rechts C5/C6 respektive ein generalisierender Weichteilrheumatismus keine reproduzierbaren Befunde erhoben werden konnten (Urk. 6/116 S. 41) . Die Gutachter verneinten das Vorliegen von Ängsten im strengen psychiatrischen Sinne und legten ausführlich dar, dass keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sondern eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliegt. Aufgrund der subjektiv erlebten und kaum objektivierbaren Defizite führt diese jedoch nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter wiesen auf psychosoziale Belastungsfaktoren hin, welche sie jedoch bei der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ausschlossen. Ebenso wiesen sie auf erhebliche Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchung sowie zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe hin. Sie legten dar, dass die gutachterliche Konsistenzprüfung klare Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergab und dass eine ausgesprochene Selbstlimitierung bestand. Gemäss den Gutachtern standen bei der subjektiv empfundenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit psychosoziale und motivationale Aspekte ganz im Vordergrund

(S. 60 -65).

Angesichts dieser Umstände erscheint es für den rechtsanwendenden medizinischen Laien nachvollziehbar, dass die Gutachter trotz der geschilderten Beschwerden nicht vom Vorliegen einer schweren, sondern von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgingen. Die Gutachter gelangten so dann zum ausführlich begründeten Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit in der Verpackung von Medikamenten und in allen angepassten zeitlich flexiblen Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck und mit reduziertem Publikumsverkehr und reduzierten Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen zu 50% arbeitsfähig ist. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 4

hiervor).

Dieser Ansicht ist auch die Beschwerdeführerin. Soweit sich die Verwaltung daher - jedenfalls für die Zeit bis Mai 2015 (vgl. E. 5. 5

hiernach) - darauf abgestützt hat, ist dies nicht zu beanstanden. 5.

5.1

Die Beschwerdeführerin leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung mit im Zeitpunkt der Begutachtung durch das Y.____ mittelgradiger depressiver Episode. Dies betrachtete das Gericht im Urteil vom 27. März 2014 für ausgewiesen (Urk. 6/79 E.

4.1), welche Feststellung dem vorliegenden Entscheid zu Grunde zu legen ist (§ 26 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Der Gesundheitszustand hat sich gemäss den Gutachten des A.____ seither nicht verändert (E. 3.2 hievore). Die Hinweise im Bericht der C.____ vom 8.

August

2012 (Urk. 6/71/10-16) auf eine mögliche Verschlechterung, welche gemäss der gerichtlichen Beurteilung ergänzender medizinischer Abklärungen bedurften (Urk. 6/79 E. 4.2), liessen sich in der Folge nicht erhärten. Auch die behandelnde Therapeutin sprach am 15. Oktober 2014 - anders noch als die Fachärzte der C.____ - in diagnostischer Hinsicht nicht mehr von einer schweren Depression (Urk. 6/89/1) und berichtete, dass im ambulanten Setting keine suffiziente Psychotherapie stattfinden konnte, da die Beschwerdeführerin die vereinbarten Termine oft abgesagt habe. Diese nahm auch die empfohlene tagesklinische Behandlung nicht auf (Urk. 6/89/2 Ziff. 1.5), welche Umstände insgesamt auf einen eher geringen Leidensdruck nach dem wegen Ferien der Tochter selbst angestrebten (Urk. 6/71/15 unten) - Klinikaustritt im Juli 2012 hindeuten. Dementsprechend beschrieb auch der behandelnde Dr. J.____ den Gesundheitszustand am 28. August 2014 als stationär (Urk. 6/85/7).

Auch den Berichten der B.____

vom 8. August 2014 (Urk. 6/83) und des K.____ vom 1. Oktober 2014 (Urk. 6/88/6) sind keine Anhaltspunkte für eine gesundheitliche Verschlechterung zu entnehmen. Dr. med. L.____, Innere Medizin und Pneumologie, und Dr. med. M.____, FMH Innere Medizin und Kardiologie, nannten am 21. November 2013 beziehungsweise am 21. Juli 2014 keine somatischen Diagnosen mit einschränkender Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/85/7 und Urk. 6/85/6). Ebenso wenig ist der Bericht der behandelnden Fachleute des K.____ vom 1. Oktober 2014 (Urk. 6/88/6-7) geeignet, die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Darin werden keine eigenen Befunde genannt, welche die aufgeführten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, einer generalisierten Angststörung sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu stützen vermögen. Der Bericht erschöpft sich zur Hauptsache in der Wiedergabe der Darstellung der Beschwerdeführerin und Dr.

J.____ erläuterte in keiner Weise, weshalb er anstelle der noch am 20./23. August

2014 als mittelschwer gefasste depressive Störung (Urk. 6/85/6-7) nunmehr eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

schwere Episode diagnostiziert.

In Anbetracht dieser Aktenlage ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, wenn sie unter revisionsrechtlichem Blickwinkel von einem unveränderten Gesundheitszustand ausging und die zurückhaltendere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die A.____-Gutachter unberücksichtigt liess.

Ob aus medizinischer Sicht infolge der mittelschweren depressiven Störung

eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (E. 3.1.1) oder von 50 % (E. 3.2) besteht, kann mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen letztlich offen bleiben. 5.2.5.2.1

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen

invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April

2013 E.

4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E.

4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist aller dings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August

2013 E.

3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E.

3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen. 5.2.2

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Entgegen den Rügen der Beschwerdeführerin (Urk.

1 S.

4 unten) kann damit von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 5.3

Die Beschwerdeführerin leidet seit vielen Jahren an Depressionen und war deshalb bereits mehrfach hospitalisiert (7. April bis 30. Mai 2011, 11. August bis 21. September 2011, 23. März bis 13. Juli 2012; Urk. 6/47/7 und E.

3. 1. 2). Ab November 2006 war sie vorübergehend alle zwei bis drei Wochen bei der B.____ in ambulanter Behandlung (Urk. 6/20/8 f.). Ab Oktober 2010 war sie zunächst alle drei Wochen, anschliessend spätestens ab Dezember 2011 wöchentlich in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. N.____ beziehungsweise bei lic. phil. O.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP (Urk. 6/29/2 und Urk. 6/47/32). Dabei nahm sie im Zeitraum vor dem Klinik eintritt

vom 23. März 2012 die ambulanten Termine nicht mehr wahr (Urk. 6/71/10). Auch später sagte sie die vereinbarten Termine oft ab, weshalb die Behandlung im Juli 2013 abgebrochen wurde (Urk. 6/89/2). Seit November 2013 ist die Beschwerdeführerin ein bis zwei Mal pro Monat beim K.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 6/88/6 und Urk. 6/116 S. 29).

Die Beschwerdeführerin

gab an, dass es ihr seit Jahren anhaltend schlecht gehe (Urk. 6/116 S. 49). Dennoch war sie zunächst lediglich alle zwei bis drei beziehungsweise ab Oktober 2010 alle drei Wochen in psychiatrischer Behandlung. Die Behandlungsfrequenz wurde daraufhin zwar vorübergehend auf wöchentliche Sitzungen erhöht, doch nahm die Beschwerdeführerin dabei mehrfach die Termine nicht wahr. Gemäss Dr. N.____ sei sie aufgrund der psychischen Beschwerden nicht imstande gewesen, in ihre Praxis zu kommen (Urk. 6/89/2). Dies scheint wenig plausibel, wäre doch bei einem so schlechten Gesundheitszustand wohl kaum die Behandlung im Juli 2013 aufgrund der häufigen Terminabsagen abgebrochen und erst im November 2013 eine neue Therapie begonnen worden. Vielmehr deutet das häufige Nichtwahrnehmen der Sitzungen auf einen nicht allzu grossen Leidensdruck hin. Die Behandlungsfrequenz von nur noch ein bis zwei Sitzungen pro Monat seit November 2013 bestätigt dies. Bereits die Gutachter des Y.____ waren der Ansicht, dass die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft sind (Urk. 6/47/23) und die Fachtherapeutin empfahl eine tagesklinische Behandlung (Urk. 6/89/2), welche die Beschwerdeführerin nicht aufnahm. Gemäss den Gutachtern des A.____ erscheint es nicht nachvollziehbar, dass sich die Beschwerdeführerin trotz der angegebenen Schwere der depressiven Erkrankung lediglich in einer niederschweligen psychotherapeutischen Behandlung befindet (E. 3. 2). Ihre antidepressiven Medikamente scheint die Beschwerdeführerin zudem teilweise ungenügend einzunehmen (vgl. Medikamentenspiegel vom 20. und vom 28. Mai

2015 bzgl. Quetiapin, Urk. 6/116 S.

36). Die Gutachter des A.____ empfahlen denn auch eine Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung (Urk. 6/116 S. 63). Bei dieser Sachlage kann von einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist nicht gesprochen werden. Eine invalidisierende Wirkung der mittelschweren depressiven Störung

ist damit nicht ausgewiesen.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, gemäss den Gutachtern des A.____ sei ihr eine Überwindbarkeit bloss eingeschränkt zumutbar, ist festzuhalten, dass sich diese Aussage auf die chronische Schmerzstörung bezog (Urk. 6/116 S. 65). Gemäss den Gutachtern bestehen bei der Beschwerdeführerin subjektiv erlebte, kaum objektivierbare Defizite. Die Überwindung der Defizite ist ihr reduziert zumutbar. Schon aus rein medizinischer Sicht führen diese nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit, weshalb die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Gutachten des A.____ als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wird. Die diesbezüglichen Aussagen der Gutachter vermögen damit nichts an der fehlenden invalidisierenden Wirkung der mittelschweren depressiven Störung zu ändern. 5.4

Obwohl eine depressive Symptomatik vorliegt, kann dem Leiden der Beschwerdeführerin aufgrund der lediglich mittelschweren Störung und einer fehlenden konsequenten Depressionstherapie

keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden.

Ihre Pathologien führen damit zu keiner sozialversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Namentlich ist die angestammte Tätigkeit in der Verpackung von Medikamenten sowie jede angepasste zeitlich flexible Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck und mit reduziertem Publikumsverkehr und reduzierten Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen zumutbar. Ein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad ist somit zu verneinen. 5.5

Der massgebliche Beurteilungszeitraum umfasst die Zeit bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens am 24. Mai 2016 (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Die nach Verfügungserlass wegen des nicht beurteilbaren Suizidrisikos mittels fürsorgerischer Unterbringung erfolgte Einweisung in die B.____ (Urk. 1) am 11. Juni 2016 hat daher in diesem Verfahren von vornherein ausser Acht zu bleiben.

In Bezug auf die Verhältnisse im hier massgebenden Zeitraum sind dem Bericht der B.____ vom 26. Juli 2016 (E.

3.3 hievore) keine neuen Erkenntnisse zu entnehmen. Zwar wurden seit mehreren Monaten bestehende Suizidgefahren und drei Suizidversuche mit Tablettenintoxikation erwähnt (S.

1), welche jedoch in den übrigen Akten, die den Krankheitsverlauf seit der erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug im Jahr 2004 abbilden, keine Stütze finden. Allein gestützt auf die nicht weiter belegten, nach Einschätzung der A.____-Gutachter nicht immer konsistenten Angaben der Beschwerdeführerin kann daher nicht auf eine anhaltende Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geschlossen werden. 5.6

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - 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 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 Gräub Lanzicher

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