

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00735 vom 7. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00735

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00735 du 7 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00735 del 7 agosto 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1979, kaufmännische Angestellte, meldete sich unter Hinweis auf Migräneanfälle, stechende Schmerzen und Depressionen bestehend seit 1997 mit starker Verschlimmerung seit September 2004 erstmals im Januar 2006 bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Y.____, IV-Stelle, klärte die medizinischen und beruflichen Verhältnisse ab und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Z.____ (Gutachten vom 2. August 2007, Urk. 6/40). Gestützt auf die durchgeführten Abklärungen sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 17. Februar 2010 von Oktober 2005 bis Januar 2006 eine Viertelsrente, von Februar 2006 bis April 2008 eine ganze Rente, von Mai 2008 bis September 2009 eine halbe Rente sowie ab Oktober 2009 wiederum eine Viertelsrente zu (Urk. 6/83).

E. 1.2

Im Juli 2010 leitete die mittlerweile zuständige IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich ein amtliches Rentenrevisionsverfahren ein, in dessen Rahmen die Versicherte mitteilte, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert habe (vgl. Urk. 6/95). Daraufhin hob die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 13. Dezember 2010 per Ende Januar 2011 auf (Urk. 6/105). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.3

Am 10. Juli 2014 meldete sich die Versicherte mit Hinweis auf eine seit Februar 2014 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 6/107). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (vgl. Urk. 6/140). Die

A.____

GmbH erstattete das Gutachten am 7. September 2015 (Urk. 6/152). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/158, Urk. 6/169) mit Verfügung vom 24. Mai 2016 ab (Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 23. Juni 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine halbe Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Sache zur erneuten Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort 30. August

2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6/1-179), was der Beschwerdeführerin am 2. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

E. 3

.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2016 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 7. September

2015 (Urk. 6/152). Die Beschwerdeführerin kritisierte ihrerseits die wirtschaftliche Abhängigkeit des A.____ (Urk. 1 S. 7 f.). Diesbezüglich ist auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute wie die Medizinischen Begutachtungsstellen in der schweizerischen Invalidenversicherung sowie deren Verwendung im Gerichtsverfahren an sich verfassungs- und konventionskonform ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.1-2.3 mit Hinweisen). Soweit die Beschwerdeführerin vorbrachte, dem A.____ fehle es an der notwendigen Unabhängigkeit, ist festzuhalten, dass sich ein Ausstandbegehren stets nur gegen Personen richten kann (BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Aus diesem Grund erübrigen sich sämtliche von der Beschwerdeführerin verlangten Beweiserhebungen, welche im Zusammenhang mit dem A.____ stehen (Urk. 1 S. 7). Wirtschaftliche Abhängigkeit allein begründet im Übrigen rechtsprechungsgemäss keine Befangenheit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8 C_854/2012 vom 4. April 2013 E. 4.2). Personenbezogene Befangenheitsgründe gegen die einzelnen Gutachter wurden nicht vorgebracht und sind in den Akten nicht ersichtlich. Die diesbezüglichen formellen Einwände der Beschwerdeführerin gegen das A.____-Gutachten sind somit abzuweisen und das Gutachten ist in materieller Hinsicht auf seine Beweiseignung hin zu überprüfen (vgl. E. 1.6, vgl. nachfolgend E. 5.1).

E. 3.2

) zu beurteilen.

E. 4.1

Das

A.____-Gutachten vom 7. September 2015 beruht auf internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen sowie neurologischen Untersuchungen. Darin wurden die bis zur Begutachtung der Beschwerdeführerin aktenkundigen

medizinischen

Berichte

zusammengefasst (Urk. 6/152/4-7), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Es wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen darauf Bezug genommen.

E. 4.2

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/152/24-25): Eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

sowie ein chronisches multilokuläres

Schmerzsyndrom ohne somatische Ursache bei Somatisierungsstörung (ICD-10 R52.9). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden akzentuierte ängstliche und anankastische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), exzessive Tages schlaf rigkeit (ICD-10 F51.0) bei psychischer Komorbidität, episodischer Spannungskopfschmerz bei chronischem zervikalem Schmerzsyndrom (ICD-10

G4 4.2) sowie Migräne mit visueller Aura (ICD-10 G43.1).

E. 4.3.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, in der Untersuchung sei die Stimmung der Beschwerdeführerin depressiv gewesen. Sie habe auch besorgt gewirkt und Schlafstörungen und eine erhöhte Ermüdbarkeit angegeben. Ausserdem habe sie einen verminderten Selbstwert mit Versagensgefühlen bei Perfektionismus und deutlichem Pflichtbewusstsein angegeben. Es habe eine ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik, vor allem im Bewegungsapparat, aber auch sonst im Körper mit somatischen Symptomen bestanden. Sie habe auch diffuse Ängste beklagt und etwas zwanghaft gewirkt mit einer Grübelneigung in Bezug auf die Zukunft. Es seien leichte Konzentrationsstörungen bei der genauen Angabe von Lebensdaten aufgefallen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien sonst intakt gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Hinweise für Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen bestanden (Urk. 6/152/12).

E. 4.3.1.3

mit Hinweisen). Weiter konnten keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen festgestellt werden

(vgl. E. 4.3.2, E. 5.2).

E. 4.3.2

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe diagnostisch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit vermindelter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und vermindertem Selbstwert. Es bestehe diagnostisch auch eine Somatisierungsstörung mit ausgeweiteten multiplen und wechselnden Beschwerden mit Schmerzen im Bewegungsapparat und sonstigen somatischen Beschwerden, deren Ausmass durch die somatischen Befunde nicht hinreichend erklärt werden könnten. Die Schmerzen könnten auch nicht nur durch eine Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die deutlich ausgeprägt seien, wie insbesondere einer früheren gescheiterten Beziehung, in der sie auch Gewalt erlebt habe, sowie einer finanziell nicht einfachen Situation. Es bestünden ängstliche, aber auch zwanghaft-perfektionistische Persönlichkeitszüge. Die Symptomatik lasse zwar an eine Persönlichkeitsstörung denken, es fänden sich aber keine lebensgeschichtlich frühen Belastungen - wie zerrüttete Familienverhältnisse in der Kindheit oder frühe Gewalterfahrung -, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken. Vor allem auch die sonst normale Sozialisation spreche gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diagnostisch handle es sich um akzentuierte ängstliche und zwanghafte

Persönlichkeitszüge. Die Beschwerdeführerin habe durchaus Ressourcen. So lebe sie in guter und stabiler Beziehung zusammen mit ihrem Ehemann. Sie habe auch sonst gute Kontakte in ihrem Umfeld und erledige die Haushaltsarbeiten, wobei sie dabei auch Hilfe vom Ehemann erhalte (Urk. 6/152/13).

E. 4.3.3

Dr. C.____ führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe bedingt durch die depressive Störung und die Somatisierungsstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 %. Bei der Arbeit komme es zu einer verminderten Belastbarkeit mit erhöhter Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen, was einen vermehrten Pausen- beziehungsweise Erholungsbedarf erfordere. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge wirkten sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Unter einer optimalen Behandlung sei es nicht ausgeschlossen, dass es zu einer weiteren Besserung der Depression komme, was gegenwärtig aber noch nicht absehbar sei. Die Beschwerdeführerin fühle sich nur noch mit höchstens halber Leistung arbeitsfähig. Diese Selbsteinschätzung könne durch die psychiatrischen Befunde nicht hinreichend begründet werden. Sie habe im Untersuchungsgespräch ruhig sitzen bleiben können und sei selber mit dem Auto zusammen mit der Mutter zur Untersuchung gefahren. Sie erledige auch Haushaltsarbeiten neben ihrer beruflichen Tätigkeit. Ferien zusammen mit dem Ehemann seien ihr ebenfalls möglich. Weiter bestehe eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation; der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei jedoch unter dem therapeutischen Bereich. Sie erhalte keine Schlafmedikation, wo bei ein sedierendes Antidepressivum auf die Nacht hilfreich sein könnte. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (Urk. 6/152/14).

E. 4.4.1

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass alle von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden weitgehend das identische Hauptmerkmal hätten, dass sie meistens spontan ohne spezifische äussere physische Einflüsse bis auf die eventuell arbeitsbedingten vermehrten Handgelenksbeschwerden auftreten würden. Dabei werde eine Assoziation der im Vordergrund stehenden chronischen Nacken-Schultergürtelbeschwerden mit Stress und Angstzuständen von der Beschwerdeführerin selbst postuliert. Insgesamt könne objektiv nur eine leichte Haltungsinsuffizienz im Rahmen der muskulären Dekonditionierung festgestellt werden. Die detaillierte Untersuchung des Achsenskelettes habe eine eher überdurchschnittlich gute Bewegungsfähigkeit der LWS, BWS und HWS ergeben. Eine Dysfunktion habe ganz klar nicht bestanden, ebenso wenig habe eine relevante Schmerzprovokation festgestellt werden können. Der gesamte periphere Gelenkstatus an den oberen und unteren Extremitäten sei unauffällig gewesen. Der kursorisch neurologische Status habe keinerlei motorische Defizite gezeigt. Die beschriebenen diskreten Sensibilitätsstörungen seien zum Teil deutlich dermatomal übergreifend und könnten sicherlich nicht einer eigenständigen sensiblen radikulären Ausfallssymptomatik zugeordnet werden. Aus somatischer Sicht hätten die beklagten Beschwerden abschliessend nicht adäquat erklärt werden können (Urk. 6/152/19-20).

E. 4.4.2

Der rheumatologische Gutachter hielt zusammenfassend fest, es bestehe für die angestammte berufliche Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sowie für sonstige körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer um 10 % reduzierten Leistungsfähigkeit zur Gewährung von gewissen Pausen. Der Beschwerdeführerin sollte an einem potentiellen Arbeitsplatz ermöglicht werden, ihre Arbeitsposition regelmässig selbstständig zu wechseln. Insbesondere seien anhaltend sitzende Tätigkeiten vor allem in Oberkörpervorneigeposition oder verbunden mit stereotypen Rotationsbewegungen der HWS oder LWS zu vermeiden. An einem ergonomisch gut eingestellten administrativen Arbeitsplatz bestünden unter diesen Bedingungen keine weiteren qualitativen Einschränkungen. Es bestünden grundsätzlich auch keine Einschränkungen in Bezug auf fein- bis auch zum Teil grobmanuell verarbeitende Tätigkeiten mit beiden Händen, ebenso wenig in Bezug auf die Gehfähigkeit, sodass neben der eigentlichen kaufmännischen angestammten Tätigkeit auch eine Vielzahl von sonstigen ausserhäuslichen beruflichen Tätigkeiten vorstellbar seien. Für die von der Beschwerdeführerin vor allem beklagte ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit nach einer vierstündigen Arbeitszeit bestünden keine somatisch fassbaren Gründe (Urk. 6/152/20).

E. 4.5

Der neurologische Gutachter hielt fest, aufgrund der anamnestischen Angaben hätten sich keine offensichtlichen Hinweise auf eine somatische Ursache der Müdigkeit gefunden. Auch das Vorliegen von Narkolepsie-typischen Symptomen werde verneint. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin über zeitweise vorhandene starke Kopfschmerzen berichtet. Es handle sich dabei am ehesten um einen episodischen Spannungskopfschmerz, wobei zusätzlich eine chronische Schmerzsymptomatik im Nackenbereich vorhanden sei. Bei der aktuellen Untersuchung sei jedoch kein Zervikalsyndrom feststellbar gewesen. Aus neurologischer und schlafmedizinischer Sicht sei das Vorliegen einer somatischen schlafmedizinischen Störung als eher unwahrscheinlich anzusehen. Im Weiteren ergäben sich aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Kopfschmerzproblematik, welche auch von der Beschwerdeführerin selbst als nicht wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit Einfluss nehmend beurteilt werde.

E. 4.6

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 60 % in der angestammten sowie in jeder anderen vergleichbaren Tätigkeit festgestellt werden. Das Pensum könne über fünf bis sechs Stunden pro Tag umgesetzt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei mit Sicherheit seit mindestens der aktuellen Untersuchung eingeschränkt. Zuvor hätten die in den Akten angegebenen Arbeitsunfähigkeiten bestanden. Arbiträr sei die aktuelle Arbeitsunfähigkeit über die Zeit gemittelt ab September 2014 anzunehmen. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, da die Beschwerdeführerin in einem 50%-Pensum in einer geeigneten Tätigkeit arbeite (Urk. 6/152/25-26).

E. 5.1

Das polydisziplinäre A.____-Gutachten erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (E. 1.6). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 6/152/4-7) abgegeben. Die Gutachter nahmen zu früheren medizinischen

Beurteilungen Stellung (Urk. 6/152/14-15, Urk. 6/152/20-21, Urk. 6/152/24) und erhoben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt und die Gutachter setzten sich hinreichend mit diesen auseinander. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Insbesondere erlaubt das Gutachten auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung relevanten Indikatoren (vgl. nachfolgend E. 5.5).

E. 5.2

In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin von verschiedenen Fachärzten der Allgemeinmedizin, Neurologie und Rheumatologie umfassend untersucht wurde, ohne dass sich eine relevante somatische Ursache für die Beschwerden hätte objektivieren lassen. Es wurde vielmehr ein unauffälliger Allgemeinzustand sowie Ganzkörperstatus ohne Hinweise für ein Zervikalsyndrom, relevante Dysfunktionen oder entzündlich-rheumatische Erkrankungen erhoben (vgl. E. 4.4, E. 4.5, Urk. 6/152/9). Gestützt auf die hierauf erfolgte gutachterliche Einschätzung ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen - und wird im Übrigen auch nicht bestritten -, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht die angestammte sowie jede körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, wobei aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine 10%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit besteht.

E. 5.3

In psychischer Hinsicht ist streitig, inwiefern sich die diagnostizierten psychischen Störungen (vgl. E. 4.2, E. 4.3) auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Dabei ist vorab darauf hinzuweisen, dass es nach der Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesunder und heiltlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall befassten Arztpersonen ist, 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 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

Folgen abschätzung

der erhobenen ges und heitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Es kann damit von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein - wie vorliegend - gr und sätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre (Urteil des B und esgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3).

E. 5.4.1

Bei der Beschwerdeführerin wurde in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1) diagnostiziert. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Störung rezidivierender oder episodischer Natur rechtsprechungsgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheit in Betracht fällt, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent ist (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

E. 5.4.2

Vorliegend stand die Beschwerdeführerin in den Jahren 2006 bis 2010 immer wieder in psychologischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Urk. 6/38/8, Urk. 6/38/13, Urk. 6/52/5). Seit 2014 ist sie in gegenwärtig zwei wöchigem Rhythmus in psychiatrischer sowie in psychologischer Therapie (Urk. 6/152/10). Diese sollten gemäss Einschätzung des Gutachters

Dr. C._____

weitergeführt werden (E. 4.3.3), was mit Blick auf die vorliegende Aktenlage überzeugt. So hatte sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung immer wieder verbessert (vgl. Urk. 6/64/3,

Urk. 6/66/2-3, Urk. 6/67, Urk. 6/95/1, Urk. 6/168/2), bis im Jahr 2010 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad erreicht (Urk.

6/105) und in der Folge offenbar eine spezialärztliche Behandlung nicht mehr notwendig war. Erst zu Beginn des Jahres 2014 (Urk. 6/107/6, Urk.

6/111) begab sich die Beschwerdeführerin erneut - wie vorstehend beschrieben - in psychiatrische Behandlung, womit wiederum eine gesundheitliche Verbesserung zu erreichen war (Urk. 6/128, Urk. 6/146).

Damit fehlt es vorliegend an einer Therapieresistenz und es ist vielmehr von einer therapeutisch angehbaren Depression auszugehen. Hinzu kommt, dass der Medikationspiegel des Antidepressivums gemäss Laborkontrolle deutlich unterhalb des wirksamen Bereichs lag (Urk. 6/152/9, E. 4.3.3). Der psychiatrische Gutachter empfahl darüber hinaus eine regelmässige Einnahme eines Sedierens des Antidepressivums auf die Nacht hin (E. 4.3.3). Aufgrund der unzureichenden Medikation sind damit auch die diesbezüglichen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Nach dem Gesagten ist somit aufgrund der fehlenden Therapieresistenz und der noch nicht ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten keine invalidisierende psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes (vgl. E. 1.3, E. 5.4.1) gegeben.

E. 5.5

3

Zum

Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass keine Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden konnte (E. 4.3.2). Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ kann auf durchaus vorhandene Ressourcen der Beschwerdeführerin geschlossen werden. So ist sie verheiratet und hat gute Kontakte in der Familie und zu Freunden. Dem geschilderten Tagesablauf ist darüber hinaus zu entnehmen, dass sie – nebst der 50%igen Erwerbsfähigkeit - Haushaltarbeiten erledigt, kocht und sich auch teilweise an den Fitnessgeräten im Keller betätigt (vgl. auch Urk. 6/152/11). Ein sozialer Rückzug liegt entsprechend nicht vor. Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist zu erwähnen, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen mit Blick auf den Tagesablauf und die Aktivitäten der Beschwerdeführerin nicht ausgewiesen ist

und

ein ausgeprägter Leidensdruck vor dem Hintergrund, dass sie die ihr verordneten Medikamente nicht oder nur unzureichend einnimmt (vgl. E. 5.4.2), zumindest fraglich erscheint.

E. 5.5.1

Neben dem depressiven Geschehen stellte der psychiatrische Gutachter die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0).

Ob dieser Diagnose ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen ist, ist nach Massgabe der eingangs wiedergegebenen Rechtsprechung des Bundesgerichtes (vgl. E. 1.

E. 5.5.2

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die von Dr. C. ___ erhobenen diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen

(E. 4.3.1). Wie bereits unter E. 5.4.2 ausgeführt, wurden in den letzten Jahren überdies durchaus Behandlungserfolge erzielt, womit eine Behandlungsresistenz zu verneinen ist. Gleichermaßen liegt auch keine Eingliederungsresistenz vor, zumal die Beschwerdeführerin aktuell im 50%-Pensum in einer geeigneten Tätigkeit arbeitet. Was den Indikator „

Komorbiditäten “ betrifft, so ist der bei der Beschwerdeführerin bestehenden depressiven Symptomatik nach dem Gesagten keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen (vgl. E. 5.4.2) ; sie ist demnach keine Komorbidität (Urteil des Bundesgerichtes 9C_492/2014 E.

E. 5.5.4

Demnach sind auch unter Berücksichtigung der nunmehr beachtlichen Standardindikatoren erhebliche funktionelle Auswirkungen der Somatisierungsstörung

auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Aus rechtlicher Sicht ist die Somatisierungsstörung daher nicht als invalidisierend zu betrachten .

E. 5.6

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich gegen die Beweiskraft des Gutachtens die Beurteilungen ihrer behandelnden Psychiaterin, Dr. med. D.____

anführt (vgl. Urk. 6/113, Urk. 6/118, Urk. 6/168/1-2), ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten nicht in Frage gestellt werden muss und auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.3 mit Hinweisen). Dr. C.____ nahm zu den Berichten von Dr. D.____ Stellung und verneinte die von der Psychiaterin diagnostizierte Persönlichkeitsstörung in nachvollziehbarer Weise (vgl. E. 4.3. 2 , vgl. auch Urk. 6/152/ 14- 15). Wie vom psychiatrischen Gutachter ausgeführt, vermögen die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Was die Stellungnahme von Dr. D.____ vom 9. Januar 2016 (Urk. 6/168/1-2), betrifft, so enthält diese keine neuen Aspekte, welche im Wesentlichen nicht bereits in den Vorberichten genannt und entsprechend gutachterlich diskutiert worden wären. Damit kann die Beschwerdeführerin aus den Berichten der behandelnden Psychiaterin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 5.7

), ist zur Festlegung sowohl des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf die selben Werte abzustellen und rechtfertigt sich ein Prozentvergleich (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1). Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75).

Ein solcher Abzug ist vorliegend nicht angezeigt, da dem erhöhten Pausenbedarf mit der 10%igen Leistungseinbusse bereits Rechnung getragen wurde. Somit ist von einem Invaliditätsgrad von 10 % auszugehen, womit ein Rentenanspruch entfällt. Selbst wenn man im Übrigen mit der Beschwerdeführerin (E. 2 .2) davon ausginge, dass die aktuelle Tätigkeit lediglich eine angepasste Tätigkeit darstellt, ergäbe sich kein Rentenanspruch.

E. 6

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit.

E. 6.1

Da der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit trotz ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin zumutbar ist (vgl. E.

E. 6.2

Die rentenabweisende Verfügung vom 24. Mai 2016 erweist sich somit als rechtmässig. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangs gemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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