

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01113 vom 26. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01113

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01113 du 26 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01113 del 26 settembre 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt sie jedoch auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Antragsteller oder der Antragstellerin glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit oder der Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2) auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad, die Hilflosigkeit, der invaliditätsbedingte Betreuungsaufwand oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellten Veränderungen genügen, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Betreuungsaufwand oder Hilfebedarf 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. 2a und b).

E. 1.3

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

2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März

2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 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).

E. 1.5

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober

2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober

2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September

2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni

2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externen medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören

– nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Die Versicherte erhob am 5. Oktober 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. September 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und ihr sei eine Rente zu gewähren (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1). Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2) oder allenfalls die Sache an die Beschwerdegegnerin für weitere Abklärungen

zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin erstattete am 6. März 2017 ihre Replik (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 14), was der Beschwerdeführerin am 2. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren abweisenden Entscheid (Urk. 2) da mit, die Beschwerdeführerin sei seit dem 17. Februar 2012 in ihrer bisherigen Tätigkeit eingeschränkt. Sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, vorwiegend ausgelöst durch belastende Faktoren im Berufsalltag. Die Beschwerden seien aber behandelbar und die Arbeitsfähigkeit sei nicht dauerhaft beziehungsweise längerfristig eingeschränkt. Es sei demnach kein Gesundheitsschaden ausgewiesen, der Anspruch auf eine Leistung der Invalidenversicherung begründe. Auch aus den vorgebrachten somatischen Beschwerden könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, die Einschätzung ihres behandelnden Facharztes vermöge Zweifel an der versicherungsinternen Meinung zu wecken (S. 9 oben). Es liege eine invalidisierende Wirkung der depressiven Störung vor (S. 9 unten). Die konsequente Therapie habe bisher noch keine Früchte getragen (S. 10 oben). Invaliditätsfremde Gründe seien nicht ersichtlich und ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht nachgewiesen. Es handle sich um einen verselbständigten Gesundheitsschaden mit Krankheitswert (S. 11). Beim Gutachten von Dr. Y.____ vom 30. August 2014 handle es sich um ein Parteigutachten der Krankentaggeldversicherung, das ohne Beachtung ihrer Mitwirkungsrechte zustande gekommen sei. Es sei auch aus anderen Gründen nicht beweiskräftig. Der rechts erhebliche Sachverhalt sei betreffend Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit unter anderem aus psychiatrischer wie auch aus orthopädischer und dermatologischer Sicht ungenügend abgeklärt worden (S. 16 f.). Schliesslich sei bei Vornahme eines Einkommensvergleichs ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20 % gerechtfertigt (S. 17 unten).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente, wobei in erster Linie die Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht umstritten ist.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin leidet seit März 2007 an einer depressiven Störung nach Überlastung durch eine hohe Arbeitslast, einen Arbeitsplatzkonflikt und einen Todesfall in der Familie (vgl. Bericht von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. März 2008, Urk. 6/23/15-25; Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Juni 2008, Urk. 6/21),

was zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit von März 2007 bis Mai 2008 und einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit von Juni bis Juli 2008 führte (vgl. Stellungnahme Dr. med.

B.____, Praktischer Arzt, RAD, vom 13. August 2008, Urk. 6/24). Dies hatte die Zuspra che einer befristeten ganzen Rente vom 1. März bis 31. Mai 2008 zur Folge (Urk. 6/31).

E. 3.2

Die Verfügung vom 18. März 2010, mit welcher der Beschwerdeführerin erneut eine Invalidenrente zugesprochen wurde (vgl. Urk. 6/61), stützte sich im We sent lichen (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss, versicherungsmedizinische Beurteilung durch den RAD, Urk. 6/54/2) auf den Bericht von Dr. A.____ vom 23. Oktober 2009 (Urk. 6/52), in welchem dieser der Beschwerdeführerin aktuell eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) bei Status nach mittelgradiger depressiver Episode von Februar bis Juni 2009 diagnostizierte (Ziff. 2.1) und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von Februar bis Juli 2009 und hernach eine solche im Umfang von 25 % seit August 2009 attestierte (Ziff. 3).

E. 4.1

Seit der Verfügung vom 18. März 2010 sind unter anderem folgende Arztbe richte eingegangen:

E. 4.2

Am 28. August 2012 erstattete Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/127/8-17). Gestützt auf die Akten, die Anamnese und das Ergebnis der am 13. August 2012 durchgeführten Befunder he bung nannte er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 5.1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Er führte aus, bei der Be schwerdeführerin bestünden weiterhin Symptome einer mittelgradigen depressi ven Störung mit somatischem Syndrom bei der nunmehr dritten Phase einer rezidivierenden Störung. Bei Berücksichtigung der Dauer der beiden vorangegan genen depressiven Phasen und des Umstandes, dass sich die Symptome nach eigenen Angaben deutlich gebessert hätten, sei davon auszugehen, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (bei einem Pensum von zuletzt 80 %) in zwei Monaten ab Begutachtungsdatum wieder erreicht sein werde. Die E.____ ung des Arbeits pensums auf die ursprünglichen 80 % sei dann nach weiteren zwei Wochen möglich und eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe wieder in drei Monaten (S. 7 f. Ziff. 4). Mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung könne somit gerechnet werden. Die aktuelle medikamentöse Therapie und Psy chotherapie sollten fortgeführt werden. Die Prognose sei gut (S. 8 Ziff. 6.4).

E. 4.3

Dr. A.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 19. Oktober 2012 (Urk. 6/84/1-4) über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Er diag nostizierte eine rezidivierende schwere depressive Episode (Ziff. 1.1) und erach tete die Beschwerdeführerin aktuell und seit 17. Februar 2012 in ihrer ange stammten Tätigkeit als Psychologin als vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die Prognose sei zurzeit noch unklar. Nach der dritten depressiven Phase seit 2007 sei eine Tätigkeit in einem 100%-Pensum unwahrscheinlich, da ein erneuter Rückfall nach zu starker Arbeitsbelastung zu befürchten sei (Ziff. 1.4). Künftig gehe er von einer um 40-50 % verminderten Leistungsfähigkeit aus (Ziff. 1.7). Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei in zirka zwei bis drei Mona ten in einem Umfang von 50 % möglich (Ziff. 1.9).

Ergänzend hielt der behandelnde Arzt gleichentags (Urk. 6/84/5-6) fest, die Beschwerdeführerin sei aktuell nicht arbeitsfähig im alten Beruf. Bei den vorherigen Krankheitsphasen habe sich die Beschwerdeführerin zwar wieder erholt, sie habe aber neue Stellen mit reduzierten Pensen (70 bzw. 80 %) angenommen und es sei trotzdem wieder eine Krankheitsphase aufgetreten. Mittel- bis lang fristig gehe er von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit von zirka 40-50 % aus bei erneutem Arbeitsbeginn voraussichtlich ab Januar 2013 (Urk. 6/84/6).

E. 4.4

Gutachter Dr. Y.____ kritisierte in seiner Stellungnahme vom 3. Dezember 2012 (Urk. 6/127/6-7) zuhanden des Krankentaggeldversicherers, dass im Bericht von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 4.3) kein psychischer Befund dokumentiert worden sei. Die Angaben der Beschwerdeführerin, auf welche sich Dr. A.____ beziehe, seien jedoch aufgrund der eigenen Untersuchung nachvollziehbar. Die auf der Basis von zwei wöchentlichen psychotherapeutischen Einzelgesprächen abgegebene Prognose, dass ab Januar 2013 wieder eine 50-80%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei, bewege sich im Rahmen der Varianz. Auf der Basis der nunmehr vorliegenden neuen Informationen gelangte er zur Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2013 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf wieder erreichen könne und das ursprüngliche Arbeitspensum von 80 % dann nach weiteren zwei Wochen wieder möglich sein werde (S. 2).

E. 4.5

Dem Verlaufsbericht von Dr. A.____ vom 24. Februar 2013 (Urk. 6/89) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei weiterhin depressiver Stimmungslage und mangelndem Antrieb nicht in der Lage sei zu arbeiten. Der geplante Wiedereinstieg mit einem Teilzeitpensum auf Januar/Februar 2013 sei aufgrund der Krankheitssymptome nicht gelungen. Nach erneuter leichter Verschlechterung sei aus psychiatrischer Sicht eine Tagesklinik beziehungsweise ein Klinikaufenthalt und eine medikamentöse Neueinstellung zu erwägen (S. 1).

E. 4.6

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 4. April 2014 (Urk. 6/119) unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung auf und nannte eine behandelte arterielle Hypertonie, eine COPD (obstructive

pulmonary

disease) bei langjährigem Nikotinabusus, ein chronisch rezidivierendes zervikales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine rezidivierende Periarthritis humeroscapularis (PHS) beidseits als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Er hielt fest, seit Monaten bestehe wieder eine depressive Grundstimmung in wechselnder Ausprägung. Der Wechsel des Psychiaters und die Umstellung der antidepressiven Medikation hätten 2013 eine gewisse Verbesserung gebracht. In den letzten Monaten habe sich aber die Lage wieder zusehends verschlechtert. Einerseits gebe es verschiedene körperliche Probleme, wobei hier vor allem die muskuloskelettalen Beschwerden und vor allem ein hartnäckiges lumbovertebrales Schmerzsyndrom zu erwähnen seien. Andererseits sei die Mutter der Beschwerdeführerin im Februar dieses Jahres gestorben. Dies habe auch dazu geführt, dass die

Beschwerdeführerin das Arbeitsintegrationsprogramm habe abbrechen müssen und seit dem 15. März 2014 wieder vollständig krankgeschrieben sei (Ziff. 1.4).

E. 4.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 9. Juli 2014 über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

(Urk. 6/125/6-10). Bei der Beschwerdeführerin liege diagnostisch eine rezidiierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und ein psychophysischer Erschöpfungszustand (ICD-10 Z73.0) vor. Hinsichtlich der Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verwies er auf die vom Hausarzt Dr. E.____ gestellten somatischen Diagnosen (Ziff. 1.1). Prognostisch sei mit einem schwierigen Verlauf zu rechnen mit anhaltend reduzierter Vitalkraft (Ziff. 1.4). Gegenwärtig bestehe eine seit dem 19. Juni 2013 dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin könne mit den vorliegenden Einschränkungen (verminderte Vitalkraft, Energie und Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit, kognitive Defizite mit Konzentrationsstörungen und verminderter Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Krankheitsanfälligkeit) nicht ausgeübt werden. Wie das Belastungs- und Aufbautraining gezeigt habe, sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einem Umfang von 4 Stunden täglich möglich. Voraussetzung sei aber - wie im Abschlussbericht erwähnt - die Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes (Ziff. 1.7).

E. 4.8

Dr. Y.____ erstatte am 30. August 2014 eine psychiatrische Kurzbeurteilung über seine am 25. Juli 2014 durchgeführte Untersuchung (Urk. 6/129/4-14). Er konnte keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert stellen (S. 8 Ziff. 3.2.1) und nannte als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), und eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) als Differentialdiagnose (S. 9 Ziff. 3.2.2). Er erhob einen weitgehend normalen psychischen Befund. Eine zuvor bestehende depressive Erkrankung sei unter der aktuellen Medikation und psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung soweit remittiert, dass wieder eine vollständige Belastbarkeit für den angestammten Beruf als Psychologin bestehe. Für die Tätigkeit als Klinikleiterin bedürfe es jedoch einer Eingewöhnungszeit durch die vorherige berufliche Tätigkeit als Psychologin von mindestens einem halben Jahr. Weder aus der Anamnese noch aus den Angaben zum aktuellen Tagesablauf respektive zur aktuellen Lebenssituation seien Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass die Belastbarkeit relevant eingeschränkt sei. Es fänden sich keine depressive Symptomatik, keine Antriebsstörung, keine Konzentrationsstörungen und keine Beeinträchtigung des Denkablaufs. Die Beschwerdeführerin berichte über eine gute soziale Integration mit verschiedenen Hobbys und einen gut ausgefüllten Tagesablauf. Die aktuelle Behandlung solle bei guter Prognose fortgeführt werden (S. 9 Ziff. 5). Es bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten (S. 10 Ziff. 7).

E. 4.9

Med. pract. F.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, bestätigte in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2014 (Urk. 6/130/5-6) die Einschätzung von Dr. Y.____ vollumfänglich und legte als Belastungsprofil keine Tätigkeiten als Psychologin in Bereichen, die deutlich erhöhte Ansprüche an eine seelische Stabilität stellen, fest. Es bestehe eine vollständige

Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung.

E. 4.10

Auf Verlangen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin nahm Dr. D.____ mit Schreiben vom 9. März 2015 (Urk. 6/141) Stellung zum Kurzgutachten von Dr. Y.____ (vgl. vorstehend E. 4.8). Aufgrund seiner Befunderhebungen vom 19. Mai und 3. September 2014 sei die aktuelle depressive Episode der rezidivierenden depressiven Störung nicht remittiert (S. 1). Im aktuellen Tagesablauf seien die Defizite nicht erwähnt worden (Erschöpfung, Ermüdbarkeit, etc.). Dar aus eine volle 100%ige Leistungsfähigkeit abzuleiten, sei nicht gerechtfertigt (S. 2 oben). Ebenfalls bestehe keine ungetrübte Belastbarkeit, denn zum damaligen Zeitpunkt und bis heute habe die Beschwerdeführerin grosse Mühe, den Alltag zu bewältigen. Viele Pendenzen würden liegen bleiben, würden wochenlang aufgeschoben werden. Weder werde die Post geöffnet noch Telefonate entgegen genommen (S. 2 Mitte).

E. 4.11

Im Verlaufsbericht vom 20. September 2015 (Urk. 6/149) nannte Dr. D.____ als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01), und erachtete aus psychiatrischer Sicht eine Wiederaufnahme des Aufbautrainings aufgrund des verbesserten psychischen Befundes als möglich. Zu berücksichtigen seien aber auch die dermatologischen und orthopädischen Probleme der Beschwerdeführerin. Der verbesserte Gesundheitszustand erlaube die Wiederaufnahme des im März 2014 abgebrochenen Aufbautrainings (Ziff. 1.2 und Ziff. 2). Ein Wiedereinstieg mit drei Stunden pro Tag sollte möglich sein (Ziff. 4.2).

E. 4.12

Dr. C.____ nannte in seinem Bericht vom 5. April 2016 (Urk. 6/159) unter anderem gestützt auf die Berichte von Dr. med. G.____, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie (Urk. 6/160/1-5), die gleichen Diagnosen wie auch schon im Bericht vom 4. April 2014 (vgl. vorstehend E. 4.6), ergänzt um eine Psoriasis vulgaris mit vor allem Befall der Hände und der Füsse (Erstdiagnose Oktober 2014) sowie eine Psoriasisarthritis /Daktylitis an der linken Hand (Erstdiagnose August 2015 und Behandlung seit April 2016) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Hausarzt neu eine Hypercholesterinämie (behandelt seit Mai 2012) und einen Prädiabetes seit Oktober 2013 (Ziff. 1.1). Des Weiteren führte er aus, aus psychischer Sicht habe sich die Situation nur wenig verändert, insgesamt bestehe nach wie vor eine ausgeprägte depressive Störung in wechselnder Ausprägung. Neu habe sich eine Psoriasis vulgaris manifestiert, welche jetzt zu einer Arthritis/Daktylitis am linken Daumen geführt habe. Dadurch sei die Beschwerdeführerin nicht nur wegen der Schmerzen, sondern auch wegen der Funktionseinbusse der linken Hand stark eingeschränkt. Im Weiteren leide die Beschwerdeführerin immer wieder an Rückenschmerzen, bei welchen es wiederholt zu Exazerbationen gekommen sei. Sie sei auch deshalb in regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung. Zusätzlich gebe es psychosoziale Belastungsfaktoren: Familiäre Probleme nach dem Tod der Mutter, Kündigung der langjährigen Wohnung und Umzug fort aus der vertrauten Umgebung, Scheitern der Arbeitsintegrationsprogramme, etc. (Ziff. 1.4). Aus ärztlicher Sicht bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.7).

E. 4.13

RAD-Arzt med. pract . F.____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 26. September 2015 (Urk. 6/168/4-5) die vom behandelnden Facharzt erhobenen psychischen Befunde vom September 2015 gegenüber Mai 2015 als unverändert, womit sich keine neuen medizinischen Tatsachen ergäben, welche nicht auch zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Y.____ vom 30. August 2014 bekannt gewesen seien. Seit Frühjahr 2015 bestehe eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes, mithin nur eine leichtgradige depressive Episode. Berufliche Massnahmen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht erneut sinnvoll und sollten geprüft werden.

Mit Stellungnahme vom 2. Juli 2016 (Urk. 6/168/6) hielt der RAD-Arzt fest, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem eingereichten dermatologischen Arztbericht (Urk. 6/16) an Hautveränderungen an den Händen leide. Diese hätten aber gleich wie die vom Hausarzt erwähnten Rückenschmerzen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin leidet seit 2007 an rezidivierenden depressiven Episoden. Mit Verfügungen vom 6. Januar 2009 (Urk. 6/91) und 18. März 2010 (Urk. 6/61) wurden ihr aufgrund der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung jeweils befristete Invalidenrenten - zuletzt eine ganze Rente vom 1. April bis 31. Oktober 2009 - zugesprochen.

Nach der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin im Jahr 2012 werden wiederum überwiegend psychische Gründe für die Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht.

E. 5.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E.

E. 5.3

Aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte ist ohne weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Frühling 2012 an einer depressiven Störung litt, wobei Dr. Y.____ eine mittelgradige und der behandelnde Facharzt Dr. A.____ gar eine schwere Episode diagnostizierten. Beide gingen jedoch von einer insofern guten Prognose aus, als dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2013 ihre angestammte Arbeit wieder aufnehmen könne, wenn auch zuerst in einem reduzierten Pensum (vgl. vorstehend E. 4.2-4.4). Zwar wies Dr. A.____ in seinem Verlaufsbericht vom 24. Februar 2013 daraufhin, dass bei der Beschwerdeführerin weiterhin eine depressive Stimmungslage bestehe und aufgrund mangelnden Antriebs und der Krankheitssymptome die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in einem Teilzeitpensum nicht gelungen sei und er deshalb einen Klinikaufenthalt erwäge (vgl. vorstehend E. 4.5). Ein solcher wurde jedoch nach Lage der Akten nicht umgesetzt. Im Gegenteil, absolvierte die Beschwerdeführerin ein

Aufbautraining bei der Institution H.____ GmbH (vgl. Urk. 6/118).

Nach dem Wechsel des behandelnden Facharztes diagnostizierte Dr. D.____ im Juli 2014 nunmehr eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Epi sode, und attestierte eine seit dem 19. Juni 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit und stellte prognostisch einen schwierigen Verlauf dar (vgl. vorstehend E. 4.7). Demgegenüber ging Dr. Y.____ in seiner Kurzbeurteilung vom 30. August 2014 von einer Remission aus und erhob einen weitgehend normalen Befund (vgl. vorstehend E. 4.8). Dieser Einschätzung konnte sich Dr. D.____ zunächst nicht anschliessen. Er hielt in seinem Bericht vom 9. März 2015 fest, die depressive Störung sei nicht remittiert und es bestünden noch Defizite (vgl. vorstehend E. 4.11). In seinem Verlaufsbericht vom 20. September 2015 diagnostizierte er zwar weiterhin eine leichtgradige depressive Störung, ging jedoch ebenfalls von einem gebesserten Gesundheitszustand aus, welcher es der Beschwerdeführerin erlaube, das zuvor abgebrochene Aufbautraining (vgl. Urk. 6/116) wiederauf zunehmen (vgl. vorstehend E. 4.11).

E. 5.4

Mit Ausnahme von Dr. A.____, der im Bericht vom Oktober 2012 für eine be schränkte Zeitspanne von ein paar Monaten eine schwere depressive Störung diagnostiziert hatte (vgl. vorstehend E. 4.3), ging keiner der involvierten Ärzte von einer den Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode überstei genden Störung aus. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können depressive Störungen ein zig dann als invalidisierend gelten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. vorstehend E. 5.2). Denn selbst bei Annahme des fortwährenden Be ste hens einer Depression im Zeitpunkt des Verfügungserlasses (1. Septem ber

2016, Urk. 2), liegt bei der abgeklungenen mittelgradigen und nunmehr leicht gradigen depressiven Episode (und dem von Dr. D.____ diagnostizierten psycho physischen Erschöpfungszustand; Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Febru ar 2016 E. 4.1 mit Hinweis auf 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen) in der Regel praxisgemäss keine psychische Störung mit invalidisierender Wirkung vor. Damit fehlt es der vorliegenden psychischen Beeinträchtigung – so lange therapeutisch angebar (vgl. nach stehend E. 5.5) - bereits diagnosebedingt an einem hinreichenden Schweregrad, um als invalidi sierender Gesundheitsschaden zu gelten. Fehlt einer gestellten psychiatrischen Diagnose ein Bezug zum Schweregrad, ist die medizinische Anspruchsgrund lage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führt, nicht gegeben, ungeachtet der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit (E. 5.3.5 des teilweise in BGE 143 V 66 publizierten Urteil s des Bundesgerichts 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.5).

Offen bleiben kann damit vorliegend auch, ob das Beschwerdebild mitprägende und als nicht versicherte Faktoren auszuschheidende (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 und E. 4.3.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_140/2014 vom 7. Januar 2015 E. 3.3) psychosoziale Faktoren eine Rolle spielten.

E. 5.5

Den ärztlichen Beurteilungen, wonach sich die depressive Symptomatik gegen Mitte des Jahres 2015 zurückgebildet hatte, steht einzig die Beurteilung des be handelnden Facharztes Dr. D.____ entgegen, gemäss welchem die Einschränkun gen weiterhin bestehen und zu einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit – zumindest für den Wiedereinstig mit drei Stunden pro Tag – führen. Damit rechnete auch er trotz Unsicherheit in der

Behandlungsprognose insgesamt mit einer gesundheitlichen Verbesserung (vgl. vorstehend E. 4.11). Folglich hat sich mittels psychotherapeutischem Einsatz und Medikation die depressive Symptomatik verringert, was für die Wirksamkeit der im Jahr 2013 umgestellten Therapie (vgl. vorstehend E. 4.6) spricht. Ferner ergeht aus Dr. D. ___'s Verlaufsbericht vom 20. September 2015, dass die Beschwerdeführerin mittels delegierter Psychotherapie mit Sitzungen alle 2-3 Wochen und psychiatrischer Kontrollen alle 2-3 Monate behandelt wird (Urk. 6/149 Ziff. 3.1). Eine solche Behandlungskanz deutet auf einen zwar vorhandenen, aber nicht allzu grossen Leidensdruck hin. Von einer konsequenten (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.2 mit Hinweisen), langjährigen Depressio nstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde, kann je denfalls nicht gesprochen werden. Bislang absolvierte die Beschwerdeführerin auch keine stationäre Therapie.

Eine stationäre oder ambulante tagesklinische Behandlung wurde vom vormaligen Facharzt Dr. A. ___ zwar erwogen (vgl. vorstehend E. 4.5), jedoch schien der Leidensdruck hierfür nicht gross genug geworden zu sein. Auch die Akten und insbesondere die Gutachten der Krankentaggeldversicherung (vgl. vorstehend E. 4.2 und E. 4.8), auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid stützte (vgl. Feststellungsblatt Einwand vom 1. September 2016, Urk. 6/168), und welche - zumindest dasjenige vom 28. August 2012 - grundsätzlich die praxisgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen (vgl. vorstehend E. 1.4), geben keinerlei Hinweise auf eine seit mehreren Jahren und trotz adäquater Therapie behandlungsresistente, invalidisierende Depression. Davon abgesehen, dass länger (mehr als sechs, selten zwölf Monate) dauernde Störungen grundsätzlich nicht unter ICD-10 F33 (oder F34) erfasst werden, ist als Indiz gegen einen anhaltenden depressiven Zustand zu berücksichtigen, dass hier die für episodische depressive Störungen charakteristischen Zeiten vollständiger Remission konkret in den Akten dokumentiert sind (vgl. Urk. 6/24, Urk. 6/54). Damit ist das Erfordernis der Therapieresistenz nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 138 V 219 E. 6) ausgewiesen.

E. 5.6

Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 6. März 2017 (Urk. 11) auf Art. 21 Abs. 4 ATSG hinweist, wonach die Beschwerdegegnerin, wenn sie eine über die Behandlungsempfehlung der behandelnden Ärzte hinausgehende Therapie verlangt, dazu vorgängig aufzufordern habe (S. 2 ff.), ist ihr Folgendes entgegenzuhalten: Der in Art. 21 Abs. 4 ATSG vorgesehene Kürzungs- bzw. Verweigerungstatbestand erfasst gerade erst ein nach Eintritt des Versicherungsfalles liegendes Verhalten der versicherten Person (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, N 133 zu Art. 21 ATSG). Erst dann darf die Verwaltung im Rahmen der Schadenminderungspflicht und nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens therapeutische Massnahmen einfordern. Hat die Versicherte keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, weil sie an keinem invalidisierenden Gesundheitsschaden leidet, greift das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht. Denn es drohen ihr nicht aufgrund eines zu sanktionierenden Fehlverhaltens Leistungen vorenthalten zu werden, auf die sie ohne das ihr vorgeworfene Verhalten Anspruch hätte. Mit anderen Worten ist unter diesen Umständen bei Fehlen einer therapieresistenten invalidisierenden psychischen Störung kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG durchzuführen (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2016 vom 29. August 2016 E. 6).

E. 5.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Behandlungsmöglichkeiten der psychischen Beeinträchtigung noch nicht vollständig ausgeschöpft sind, sodass es insgesamt am Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fehlt. Unter diesen Umständen erübrigt sich auch die Einholung eines von der Beschwerdeführerin beantragten Gerichtsgutachtens (vgl. Urk. 1 S. 2), da davon keine neuen relevanten medizinischen Erkenntnisse zu erwarten sind.

E. 6

Was sodann die somatischen Beschwerden betrifft, leidet die Beschwerdeführerin gemäss den Angaben ihres Hausarztes an einer Psoriasis vulgaris mit Befall der Hände und der Füsse sowie an einer Psoriasisarthritis / Dactylitis am linken Daumen, was zu einer Funktionseinbusse der linken Hand führe. Ferner leidet die Beschwerdeführerin gemäss Dr. C. ___ immer wieder an Rückenschmerzen (vgl. vorstehend E. 4.12).

Dass diese neu vorgebrachten Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, ist, wie der RAD in seinen Ausführungen vom 2. Juli 2016 überzeugend ausgeführt hat (vgl. vorstehend E. 4.13), aufgrund der vorliegenden Akten nicht ersichtlich, zumal die letzte Behandlung hinsichtlich der Psoriasis am 10. September 2015 stattgefunden hat und von Dr. G. ___ keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 6/160/1-5 Ziff. 1.2) und auch der radiologische Befund vom Mai 2015 hinsichtlich der Rückenschmerzen unauffällig blieb (Urk. 6/160/6).

E. 7

Zusammenfassend ergibt sich damit weder aufgrund der psychischen noch der somatischen Beeinträchtigungen eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Damit besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Der angefochtene Entscheid vom 1. September 2016 erweist sich als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 8

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannBrühwiler

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