

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01078 vom 7. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01078 du 7 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01078 del 7 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

f., 7/6, 7/14 und 7/18). Unter Hinweis auf eine Depression meldete sie sich am 9. März 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst aktuellen Auszügen aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/1 f., 7/18) die Akten des Kranken taggeldversicherers (Urk. 7/10) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/14) ein. Mit Vorbescheid vom 2. August 2016 stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, mit der Begründung, dass sie trotz mehrmaliger Aufforderung ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei (Urk. 7/20). Nach einer telefonischen Kontaktaufnahme durch die Versicherte am 2. September 2016 nahm die IV-Stelle ihre Abklärungen wieder auf (vgl. Urk. 7/21) , wobei sie zum einen Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/24) und zum anderen Berichte der behandelnden Ärzte beizog (Urk. 7/30, 7/32). Am 17. März 2017 legte Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das bei ihm in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten vor (Urk. 7/33). Mit neuem Vorbescheid vom 21. April 2017 wurde der Versicherten wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (Urk. 7/38), wogegen sie am 15. Mai 2017 Einwand erhob (Urk. 7/40). Mit Schreiben vom 17. Juli 2017 bezogen auch die behandelnden Ärzte zum Vorbescheid Stellung (Urk. 7/45). Am 4. September 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 7/47 = Urk. 2).

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 Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 1.3

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 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. 2

Dagegen erhob X.____ am 5. Oktober 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr mindestens eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventuell sei das Dossier zur Neubeurteilung, eventuell zur Anordnung eines Verlaufs gutachtens bei Dr. Z.____, an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber die Versicherte mit Verfügung vom 8. November 2017 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2017 (Urk. 2) zog die Beschwerdegegnerin zusammengefasst in Erwägung, auf das psychiatrische Gutachten von

Dr. Z.____ könne grundsätzlich abgestellt werden. Die vorliegenden Befunde würden allerdings keinen langandauernden und erheblichen Gesundheitsschaden begründen. Es seien diverse psychosoziale Faktoren vorhanden, welche nicht berücksichtigt werden könnten. Im Weiteren seien die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft, weshalb keine Therapieresistenz vorliege. Nach geltender Rechtsprechung komme einer Erkrankung nur dann invalidisierende Wirkung zu, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sei. Vor diesem Hintergrund bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 2.2

Die Versicherte machte demgegenüber mit Beschwerdeschrift vom 5. Oktober 2017 im Wesentlichen geltend, die angefochtene Verfügung widerspreche den überzeugenden Ausführungen von Dr. Z.____, der von einer korrekt therapierten psychischen Erkrankung ausgehe, welche ihre Ursache nicht in psychosozialen Belastungsfaktoren habe.

Der Gutachter ziehe in Zweifel, dass ab 2015 eine erhebliche Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Damit seien das Wartejahr und auch das Vorliegen einer lang andauernden Erkrankung durch das IV-Gutachten ausführlich begründet. Die Beschwerdegegnerin habe missachtet, dass gemäss Gutachter zukünftig maximal mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 1 S. 3, S. 9). Seit April 2017 sei sie [die Versicherte] wieder in einem 40%-Pensum im Tankstellenshop ihrer Schwester tätig, jedoch nicht mehr wie zuvor als Filialleiterin. Mehr zu arbeiten sei ihr nicht zumutbar, da ansonsten sowohl der Stress als auch die Fehlerquote wieder zunehmen würde n (Urk. 1 S. 4). Das Invalideneinkommen belaufe sich auf jährlich Fr. 19'560.-- (Fr. 1'630.-- * 12) und stehe einem Valideneinkommen von Fr. 54'990.-- (Fr. 4'230.-- * 13) gegenüber. Bei einem Invaliditätsgrad von 64.43 % bestehe somit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung (Urk. 1 S. 10). 3. 3.1 3.1.1

Aufgrund einer depressiven Symptomatik begab sich die Beschwerdeführerin ab dem 19. August 2015 bei der A.____, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, in ärztliche Behandlung. Nebst einem Abhängigkeitssyndrom von Nikotin, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24), wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Gemäss Bericht vom 4. Januar 2016 habe die Versicherte mitgeteilt, dass es ihr bereits seit Mai 2015 nicht mehr gut gehe. Sie sei dünnhäutig, empfinde Sinnlosigkeit, klage über völlige Erschöpfung und Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Alpträume, Vergesslichkeit und Konzentrationsprobleme, die zu Fehlern und zu Problemen am Arbeitsplatz geführt hätten. Sie leide zudem sehr unter dem Tod der beiden Eltern, vor allem demjenigen der Mutter. Auch der Appetit sei reduziert; sie habe in letzter Zeit etwa sechs Kilogramm abgenommen (Urk. 7/10/2 f.).

Bei ängstlich-vermeidender und abhängiger Persönlichkeitsakzentuierung sei an einer Verbesserung des Selbstbildes und des Selbstwertgefühls gearbeitet worden. Im Fokus der Therapie sei auch die unverarbeitete Trauer über den Tod der Eltern vor einem respektive zwei Jahren, die schwierige Partnerschaft zum alkohol kranken Ehemann sowie die Beziehung zu ihren beiden Kindern und ihrer Schwester, welche gleichzeitig ihre Chefin sei, gestanden. Sowohl die starke Erschöpfung als auch der Antrieb und die Schlafstörungen hätten sich seit Ende November 2015 unter der medikamentösen Therapie und der Psychotherapie gebessert. Durch klärende Gespräche mit der Schwester hätten zudem die Aversion und die Ängste vor der Wiederaufnahme der Arbeit reduziert werden können. Die Beziehung zum Ehemann habe für die Versicherte ebenfalls erträglicher gestaltet werden

können. Sie empfinde wieder vermehrt Lebensfreude und distanziere sich glaubhaft von Suizidgedanken. Es bestünden allerdings weiterhin Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Schlafstörungen, jedoch in einem geringeren Ausmass als zu Beginn der Behandlung. Insgesamt bestehe nun seit dem 23. November 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass sich die Leistungsfähigkeit im Verlauf weiter erhöhen werde (Urk. 7/10/3 f.). 3.1.2

Im Bericht der A.____ vom 25. Februar 2016 wurden diese Ausführungen im Wesentlichen bestätigt, wobei eine 60%ige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Servicemitarbeiterin in einer Tankstelle attestiert wurde, die bei weiterer regelmässiger ambulanter Therapie voraussichtlich auf maximal 80 % gesteigert werden könne. Die ehemalige leitende Tätigkeit könne die Versicherte aufgrund der damit verbundenen höheren Anforderungen an die Belastbarkeit und die Konzentrationsfähigkeit nicht mehr leisten (Urk. 7/3/3 f.). 3.1.3

Im Verlaufsbericht vom 11. Juli 2016 hielten die Ärzte der A.____ fest, dass es im Vergleich zum Bericht vom 4. Januar 2016 zu einer Verschlechterung des Zustandsbilds gekommen sei. Am Arbeitsplatz der Versicherten sei es aufgrund von krankheitsbedingten Ausfällen und Kündigungen von anderen Mitarbeitern zu Mehrarbeit und erhöhtem Leistungsdruck gekommen, wodurch zunehmend Schlafstörungen und nebst Lust- und Freudlosigkeit auch Konzentrationsstörungen aufgetreten seien. Nach klärenden Gesprächen mit der Arbeitgeberin - der Schwester der Versicherten - zeichne sich nun eine leichte Besserung der Symptomatik ab, wobei davon auszugehen sei, dass es kurzfristig zu weiteren Verbesserungen und einer Stabilisierung mit einer Leistungsfähigkeit von erneut 60 % komme (Urk. 7/24/7). Dies entspreche dem Maximum der auf Dauer zu erwartenden Leistungsfähigkeit (Urk. 7/24/10). 3.2

Vom 22. November bis 16. Dezember 2016 befand sich die Versicherte aufgrund eines Verdachts auf einen ischämischen Infarkt zunächst im Stadthospital B.____ und in der Folge im Rehaklinikum Klinik C.____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 16. Dezember 2016 wurde n im Weiteren eine COPD, eine arterielle Hypertonie sowie eine Depression diagnostiziert (Urk. 7/30/8 f.). Aufgrund der typischen klinischen Befunde mit Schwindel, Gleichgewichtsstörungen sowie Schwäche des rechten Arms und hängendem Mundwinkel rechts sei trotz unauffälliger Bildgebung von einem cerebrovaskulären Insult ausgegangen worden. In psychischer Hinsicht sei die Versicherte bei Eintritt in die Klinik C.____

leicht eingeschränkt schwingungsfähig und antriebslos gewesen (Urk. 7/30/11 f.).

Im Rahmen der Rehabilitation habe sich die Beschwerdeführerin im Affekt insgesamt positiv und stabil gezeigt. Leichte Defizite hätten sich anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung in Teilbereichen der Exekutivfunktionen - vorausschauendes Denken und Problemlösen sowie theoretische Handlungsplanung - ergeben. Zudem sei die visuelle Überblicksgewinnung leicht reduziert gewesen. Die übrigen geprüften kognitiven Funktionen seien normgerecht ausgefallen.

Die Versicherte habe gesamthaft gute Kompensationsstrategien erarbeiten können und sei bei Selbständigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens in die angestammten Verhältnisse entlassen worden (Urk. 7/30/9).

Für die Dauer von zwei Wochen nach Austritt aus der Klinik sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Danach sei durch den Hausarzt der schrittweise Wiedereinstieg in den Beruf mit reduziertem Pensum zu evaluieren. Die Arbeitsfähigkeit solle jedoch auch aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden (Urk. 7/30/10; vgl. zum Ganzen auch den Bericht der Klinik C.____ vom 28. Februar 2017, Urk. 7/30/1 ff.). 3.3

Im Bericht der A.____ vom 20. März 2017 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/32/1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), - nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10 F51), - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, gegenwärtig Substanzgebrauch mit körperlichen Symptomen (Abhängigkeit von Zolpidem; ICD-10 F13.24), - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F17.20).

Nach einer teilweisen Besserung der gesundheitlichen Situation insbesondere betreffend die depressive Symptomatik und die Schlafstörungen im Sommer 2016 sei es im Herbst gleichen Jahres zu einem Rückfall in eine depressive Episode gekommen, da die Tochter der Versicherten versucht habe, sich das Leben zu nehmen. Unter anderem habe die Beschwerdeführerin ihre

im Rollstuhl sitzende Tochter in der Folge zeitweilig in ihre Wohnung aufnehmen müssen, was aufgrund häufiger Konflikte sehr belastend gewesen sei. Seit dem im Januar 2017 aufgetretenen Schlaganfall sei die Beschwerdeführerin wieder vermehrt depressiv und nicht mehr belastbar (Urk. 7/32/3). Seit dem 3. März 2017 bestehe im Rahmen eines Arbeitsversuchs eine Arbeitsfähigkeit von 30 % für die Tätigkeit als Servicemitarbeiterin in der Tankstelle. Langfristig sei mit einer Erhöhung der Leistungsfähigkeit auf maximal 40 % zu rechnen. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei zum einen Folge der überdurchschnittlich schnellen Ermüdung aufgrund der Schlafstörungen. Zum anderen sei sie auf die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen zurückzuführen (Urk. 7/32/4 f.). 3.4

Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ vom 17. März 2017 sind folgende Diagnosen zu entnehmen, wobei sich die psychische Erkrankung gemäss DSM-5 auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 7/33/12): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig depressive Phase mittleren Schweregrades mit Chronifizierungstendenz, - Status nach wahrscheinlichem ischämischen Infarkt am 21. November 2016 mit Hemiparese rechts.

Im Rahmen der Exploration habe die Versicherte berichtet, seit dem Aufenthalt in der Klinik C.____ nicht mehr an neurologischen Störungen zu leiden. Eine Kontrolle im Stadtspital B.____ habe noch eine Sensibilitätsstörung am rechten Arm ergeben; die Kraft sei aber zu 90 % wieder vorhanden. Der Schlaganfall belaste sie jedoch und sie mache sich Gedanken darüber. Belastend sei für sie auch der Tod der Eltern und der Suizidversuch der Tochter im Oktober 2016. Darüber hinaus sei vor drei Wochen ihre 65-jährige Schwester verstorben. Auch im Job bestünden Probleme; sie sei dem Druck nicht gewachsen. Seit etwa einem halben Jahr sei sie nicht mehr als Geschäftsführerin tätig, da sie gemäss ihrer Chefin, der jüngeren Schwester, nicht mehr tragbar sei. Auch ohne die Funktion als Geschäftsführerin habe sie allerdings nicht loslassen können. Sie habe sich selbst unter Druck gesetzt und gedacht, sie müsse alles selbst erledigen. Sie sei jeweils erledigt nach Hause gekommen und aufgrund der seit Jahren bestehenden Schlafstörungen müde zur Arbeit gegangen. Sie erwache vielfach, habe Angstträume und könne seit Jahren nicht mehr durchschlafen. An zwei bis drei Tagen pro Woche sei sie nur zu Hause und unternehme

nichts, ausser mit dem Hund hin auszugehen. Ansonsten sei sie tagsüber mehr oder weniger immer beschäftigt. Die Stimmung sei manchmal besser und manchmal schlechter. Einen Lebensüberdruß verspüre sie am Morgen und sie funktioniere nur, weil sie müsse (zum Ganzen Urk. 7/33/6 ff.).

Anlässlich der Untersuchung war die Beschwerdeführerin gemäss Dr. Z.____ wach und gut orientiert. Daten habe sie genau angeben können. Das Denken sei bei geringem sprachlichen Ausdrucksvermögen sehr einfach erschienen. Die Versicherte habe vage formuliert und wenig Introspektionsvermögen gezeigt. Die kognitiven Funktionen seien im Übrigen unauffällig gewesen. Die Emotionalität habe monoton gewirkt; die Versicherte habe sich völlig freudlos und deprimiert gezeigt. Im Weiteren sei der Antrieb deutlich reduziert gewesen. Die Versicherte habe sich regungsarm verhalten, sei von sich aus still geblieben und habe nur kurze Antworten gegeben (Urk. 7/33/11).

Der aktuelle depressive Zustand sei als mittelgradig einzustufen. Der Antrieb und die Alltagsaktivitäten der Explorandin seien meistens wenig beeinträchtigt. Regelmässig komme es jedoch zu einer tageweisen Apathie. Die Versicherte habe auch im Alltag Konzentrationsstörungen und begehe Fehler. Ferner leide sie unter chronischen Schlafstörungen und starken Stimmungsschwankungen. Manchmal könne sie sich an etwas erfreuen; sie gerate aber auch in deprimierte Stimmungen und einen Lebensüberdruß. Psychosoziale Belastungsfaktoren würden zurzeit nicht in dominanter Weise existieren. Der Tod der Eltern liege schon mehrere Jahre zurück. Die Tochter lebe selbständig. Der Ehemann schein zwar an einem Alkoholabusus zu leiden, was jedoch ohne psychosoziale Folgen für die Versicherte bleibe. Er unterstütze sie im Haushalt und verhalte sich ruhig; Konflikte gebe es nicht. Vor diesem Hintergrund habe unter Berücksichtigung der Beurteilungen der behandelnden Ärzte aus psychiatrischer Sicht von August bis Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und von Januar bis November 2016 eine solche von 40 % bestanden. Seit dem 21. November 2016 liege wieder eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit vor, wobei diese Einschätzung generell für sämtliche Erwerbstätigkeiten gelte. Grund dafür sei hauptsächlich die chronisch rezidivierende depressive Störung mit einer aktuell protrahiert verlaufenden depressiven Phase mittleren Schweregrades in Komorbidität mit somatischen, die Depression unterhaltenden Krankheiten. Die Arbeitsfähigkeit sei vorwiegend durch kognitive Störungen, eine Fehleranfälligkeit und eine generell reduzierte Arbeitsleistung herabgesetzt. Die Prognose sei völlig offen. Was die depressive Störung betreffe, sei eine Besserung des Schweregrades und der Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % möglich, ohne dass hierfür ein bestimmter Zeitraum vorher gesehen werden könne (Urk. 7/33/15 f.). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 4. September 2017 (Urk. 2) zu Recht verneint hat. Da in erster Linie das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 17. März 2017 (Urk. 7/33) als medizinische Grundlage für den angefochtenen Entscheidende, ist zunächst auf dessen Beweiswert einzugehen.

Die Expertise basiert auf einer psychiatrischen Untersuchung durch den Arzt und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/33/2 ff.). Mit dem Einverständnis der Versicherten erhob der Gutachter eine Fremdanamnese bei der Schwester der Versicherten, die gleichzeitig deren Arbeitgeberin ist. Die Versicherte konnte gegenüber Dr. Z.____ ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesem ausserdem eingehend zu diversen Themenbereichen wie der Krankheitsentwicklung sowie dem gewöhnlichen Tagesablauf

befragt (Urk. 7/33/6 ff.). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 7/33/12 ff.). Soweit möglich setzte sich der Sachverständige auch mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen auseinander (Urk. 7/33/14 f.). Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten somit die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4), was die Parteien dem Grundsatz nach auch nicht in Frage stellen (vgl. E. 2.1 f.). 4.2 4.2.1

Uneinigkeit besteht demgegenüber bezüglich der Frage, ob auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. Z. ___ abgestellt werden kann, oder ob aus rechtlicher Sicht von einem nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist. In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass das Bundesgericht zwischenzeitlich erkannt hat, dass nunmehr grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorliegenden Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 4.2.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4.2.3

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die

funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2). 4.3 4.3.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass Dr. Z.____

eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Phase und Chronifizierungstendenz diagnostizierte. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte er eine monotone Emotionalität mit völliger Freudlosigkeit und bedrückter Miene feststellen. Den Antrieb schätzte er als deutlich reduziert, das Denken als sehr einfach und das sprachliche Ausdrucksvermögen als gering ein. Die Versicherte habe wenig Introspektionsvermögen gezeigt (Urk. 7/33/11). Ferner bezog

Dr. Z.____ die chronischen Schlafstörungen, die starken Stimmungsschwankungen mit Lebensüberdruß sowie die von der Versicherten angegebene tageweise Apathie in die Beurteilung mit ein (Urk. 7/33/15). Überdies fanden die von der Schwester im Rahmen der Fremdanamnese geschilderten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, welche mit Fehlern am Arbeitsplatz einhergingen, Berücksichtigung (Urk. 7/33/11 f. , 7/33/15).

Die vom Sachverständigen gestellte Diagnose - welcher ein mittlerer Schweregrad inhärent ist - vermag in Anbetracht der erhobenen Befunde zu überzeugen. Nachvollziehbar ist auch, dass er auf eine rezidivierende depressive Störung schloss, da die Versicherte in den letzten 20 Jahren bereits mehrfach depressive Episoden durchlebt und in diesem Zusammenhang ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat, darunter befand sich auch im Jahr 1999 ein dreimonatiger stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nach einem Suizidversuch (vgl. Urk. 7/33/8 f. , 7/33/13). Schlüssig ist im Weiteren entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin auch die Einschätzung von Dr. Z.____, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren «nicht augenfällig dominant» seien (Urk. 7/33/13). Das vorliegende Beschwerdebild besteht nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern weist davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde in Form einer rezidivierenden depressiven Störung auf. Dieser verselbständigte Gesundheitsschaden wurde jeweils durch psychosoziale Belastungen wie etwa die Überlastung am Arbeitsplatz (vgl. Urk. 7/10/2 f., 7/10/6 und 7/24/7) oder den Selbstmordversuch der Tochter (vgl. Urk. 7/32/3) in seinem Wirkungsgrad verschlimmert. Gemäss ICD-10 zur rezidivierenden depressiven Störung (F 33) werden einzelne depressive Episoden denn auch häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst (Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 177).

Entscheidend und zusätzlich zu prüfen ist rechtsprechungsgemäss allerdings, ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen konkreten Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch beeinträchtigt ist (BGE 143 V 418 E. 5.2.3). 4.3.2

Zum Indikator der Therapieresistenz ist zunächst anzumerken, dass entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2) allein die fehlende Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten nicht (mehr) ausreicht, um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu verneinen. Indes gilt es auch in Nachachtung der aktuellen

bundesgerichtlichen Praxis zu berücksichtigen, dass im konkreten Fall keine Therapieresistenz vorliegt. Der Beschwerdeführerin ist insofern zu widersprechen, als sie eine Resistenz aus dem psychiatrischen Gutachten herleiten will (Urk. 1 S. 9). Ein definitives Scheitern der indizierten Behandlungen geht daraus nicht hervor. So konnte Dr. Z.____ zwar keine weiteren psychiatrischen Therapiemöglichkeiten vorschlagen , ging aber davon aus, dass sich die Arbeitsfähigkeit wieder steigern lässt (Urk. 7/33/16 f.). Von einer Behandlungsresistenz gingen im Weiteren auch die behandelnden Ärzte nicht aus, welche eine Fortsetzung der Psychotherapie mit medikamentöser Unterstützung empfahlen (Urk. 7/32/4).

Nicht ausser Acht gelassen

darf allerdings, dass ein chronifizierter Krankheitsverlauf vorliegt. In der Vergangenheit konnte die Versicherte

zwar jeweils von einer psychotherapeutischen Behandlung

profitieren (vgl. Urk. 7/10/4, 7/24/7 und 7/32/3).

Behandlungserfolge in Form einer Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes waren jedoch regelmässig von vergleichsweise kurzer Dauer, da wiederholt depressive Episoden auftraten , welche sich erneut beeinträchtigend auf die Leistungsfähigkeit der Versicherten auswirkten.

Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass sowohl der Gutachter als auch die behandelnden Ärzte von einer eher schlechten Prognose verbunden mit einer nur teilweisen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ausgingen (vgl. Urk. 7/32/4, 7/33/16).

Dies spricht wiederum für einen erheblichen Schweregrad der depressiven Störung. 4.3.3

In Bezug auf den Indikator « Komorbiditäten » ist zu bemerken, dass gewisse Wechselwirkungen zwischen der depressiven Störung und dem - verdachtsweise - am 22. November 2016 erlittenen ischämischen Infarkt (vgl. Urk. 7/33/15) nachvollziehbar erscheinen. Allerdings ist dem Umstand Rechnung zu tragen , dass es sich um einen vergleichsweise leichten Schlaganfall handelte, welcher im Rahmen bildgebender Untersuchungen nicht bestätigt werden konnte (vgl. Urk. 7/30/11). Bis auf eine Sensibilitätsstörung und ein leichtes Kraftdefizit im rechten Arm zeitigte er auch keine körperlichen Folgen (Urk. 7/33/6).

Eine weitere somatische Komorbidität bildet die COPD, obschon sie gemäss Einschätzung der behandelnden Ärzte keinen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nimmt (Urk. 7/30/1). Sie geht jedoch mit einer leicht verminderten pulmonalen Belastbarkeit einher (Urk. 7/30/10). Die ebenfalls diagnostizierte arterielle Hypertonie stellt demgegenüber keine rechtlich bedeutsame Komorbidität dar, zumal sie aktuell keiner medikamentösen Behandlung bedarf (Urk. 7/30/9). 4.3.4

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu beachten , dass keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne vorliegt . Anhaltspunkte für eine ängstlich-vermeidende und abhängige Persönlichkeitsakzentuierung finden sich jedoch in den Berichten der behandelnden Ärzte (vgl. Urk. 7/10/3, 7/24/10). Hinzu kommt , dass der Gutachter im Rahmen der Exploration ein sehr einfaches Denken und ein geringes sprachliches Ausdrucksvermögen feststellen konnte (Urk. 7/33/11). Eine

Intelligenzminderung mit Krankheitswert ist damit zwar nicht ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin war insbesondere über viele Jahre in der Lage, ihrer Tätigkeit als Leiterin eines Tankstellenshops nachzugehen, was ein gewisses Niveau an kognitiven Fähigkeiten voraussetzt. Insgesamt ist aber doch davon auszugehen, dass sich die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ressourcenhemmend auswirkt.

So führte Dr. Z.____ aus, dass die intellektuellen Einschränkungen mit einer verminderten psychischen Belastbarkeit einhergehen würden, was sich auf den subjektiv am Arbeitsplatz empfundenen Stress auswirke (Urk. 7/33/15). 4.3.5

Zum sozialen Lebenskontext äusserte sich die Versicherte anlässlich der psychiatrischen Begutachtung dahingehend, dass sie vor drei Jahren noch mehr Kontakte gepflegt habe. Jetzt fehle ihr der Antrieb, sich

bei anderen Personen zu melden. Dies deutet auf einen gewissen krankheitsbedingten sozialen Rückzug hin. Obwohl sich das Netzwerk der Versicherten in den letzten Jahren zudem aufgrund der Tode beider Elternteile sowie der älteren Schwester verkleinert hat, besteht allerdings nicht die Gefahr einer sozialen Isolation.

Zum einen hat die Beschwerdeführerin jeden Mittwoch Kontakt zu einer Schulfreundin. Sie lebt ausserdem seit mehreren Jahren mit ihrem zweiten Ehemann zusammen, welcher erwerbstätig ist und somit zum Familienunterhalt beiträgt. Er unterstützt die Versicherte auch viel im Haushalt. Allerdings ist

einzubeziehnen, dass er an einem Alkoholproblem leidet, was die Beziehung belastet. Gemäss Angaben der Versicherten sei er jedoch nicht gewalttätig und gehe Konflikten aus dem Weg. Sie würden ein kollegiales Verhältnis pflegen (zum Ganzen Urk. 7/32/2 und 7/33/7 ff.).

Unterstützung erfährt die Beschwerdeführerin im Weiteren von ihrer jüngeren Schwester, die gleichzeitig ihre Arbeitgeberin ist. Nach zwischenzeitlichen Problemen scheint sich die Beziehung nach klärenden Gesprächen wieder positiv entwickelt zu haben (vgl. Urk. 7/10/2 f., 7/24/8 f.). So arbeitet die Versicherte seit April 2017 auch wieder in einem 40%-Pensum als Service-mitarbeiterin im Tankstellenshop (Urk. 1 S. 4).

Insgesamt verfügt die Versicherte über ein eher kleines, aber sie doch stützendes Beziehungsnetz, welches begünstigende Ressourcen bereithält. 4.3.6

In Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie «Konsistenz» ist festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erkennen ist. In diesem Kontext hielt der Gutachter ausdrücklich fest, dass der Antrieb und die Alltagsaktivitäten der Versicherten meist wenig beeinträchtigt seien (Urk. 7/33/15). Dies stimmt mit ihren Schilderungen überein, welche grundsätzlich auf eine geregelte Tagesstruktur hinweisen. Sie berichtete zwar von Tagen - zwei bis drei pro Woche - an denen sie nur zu Hause auf dem Sofa sitze oder liege und nichts tue, ausser mit dem Hund hinauszugehen. Ansonsten sei sie tagsüber aber «mehr oder weniger immer beschäftigt». Die Versicherte steht früh morgens auf, erledigt gemeinsam mit ihrem Ehemann den Haushalt, geht über den Tag verteilt mehrere Stunden mit dem Hund spazieren, backt Brot, strickt, sieht zwischendurch fern, liest oder spielt am Computer und trifft sich einmal wöchentlich mit ihrer Schulfreundin (Urk. 7/33/7 f.). Ihre Mobilität ist

ebenfalls nicht beeinträchtigt; sie ist sowohl in der Lage, selbständig ihren Personenwagen als auch die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen (Urk. 7/30/9, 7/30/11). Eine erhebliche krankheitsbedingte Einschränkung der Freizeitaktivitäten ist vor diesem Hintergrund - abgesehen von den Tagen mit völliger Antriebslosigkeit - nicht ersichtlich. Die Versicherte kann in dieser Hinsicht auf einige Ressourcen zurückgreifen.

Auf einen nicht zu vernachlässigenden Leidensdruck lassen indes die von der Beschwerdeführerin seit geraumer Zeit in Anspruch genommenen therapeutischen Optionen schliessen. Seit Jahren ist sie auf Schlafmittel angewiesen und seit

August 2015 greift sie nicht nur auf zusätzliche Psychopharmaka zurück, sondern nimmt auch einmal wöchentlich eine psychotherapeutische Sitzung wahr. Alle zwei Wochen besucht sie ausserdem eine psychoanalytische Gruppentherapie (Urk. 7/3/ 3, 7/24/10 und 7/32/4 f.). 4.4

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass auf die von Dr. Z. ___

ab dem 21. November 2016 grundsätzlich attestierte gänzliche Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/33/16) nicht abgestellt werden kann. Zwar ist unter Einbezug der Erfahrungen der Arbeitgeberin (Urk. 7/33/11 f.) sowie der Einschätzung des Gutachters und der behandelnden Ärzte nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage ist, ihrer angestammten Tätigkeit als Leiterin eines Tankstellenshops nachzugehen, da diese Position mit einer höheren Verantwortung einhergeht und die Gefahr psychischer

Überlastung mit einer Verstärkung der rezidivierenden depressiven Störung birgt. Auch mit Blick auf die angepasste Tätigkeit als Servicemitarbeiterin im Tankstellenshop sind einige ressourcenhemmende Indikatoren von Relevanz. So liegt eine chronifizierte depressive Störung mit aktuell mittelgradigem Schweregrad vor. Obschon die Versicherte nach wie vor über ein intaktes Beziehungsnetz verfügt, ist auch ein teilweiser sozialer Rückzug erkennbar. Deutlich spürbar ist angesichts der seit Jahren wahrgenommenen medizinischen Behandlungen überdies ein Leidensdruck. Zu berücksichtigen ist im Weiteren die von ängstlich-vermeidenden und abhängigen Akzentuierungen sowie von intellektuellen Defiziten geprägte Persönlichkeitsstruktur der Versicherten. Gegen eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt spricht indes klar das von der Versicherten an den meisten Tagen gelebte Aktivitätsniveau.

Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten ist von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die leidensangepasste Tätigkeit als Servicemitarbeiterin im Tankstellenshop auszugehen: Entsprechend den Ausführungen des Gutachters und der behandelnden Ärzte bestand von August bis November/ Dezember 2015 aus psychischen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/10/4, 7/33/16) . Von Januar bis November 2016 war die Versicherte zu 40 % arbeitsunfähig (Urk. 7/3/3 f., 7/24/9 und 7/33/16) . Ab dem 21. November 2016 - dem Zeitpunkt der Hospitalisation aufgrund des Schlaganfalls (vgl. Urk. 7/30) - bestand wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab März 2017 nahm die Versicherte ihre Tätigkeit wieder in einem 30%-Pensum auf, wobei sie sich damit an ihrer Leistungsgrenze befand (Urk. 7/32/4 f.). Ab April 2017 war es ihr möglich dieses Pensum auf 40 % zu erhöhen (Urk. 1 S. 4). 5. 5.1

Ausgehend von den obigen Ausführungen ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin festzulegen . Bei erwerbstätigen Versicherten ist dieser gemäss Art. 16 ATSG in

Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälligen Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin war ab 19. August 2015 in ihrer angestammten Tätigkeit als Leiterin Tankstelle zu 100 %

arbeitsunfähig (vgl. E. 4.4), weshalb die gesetzlich vorgesehene Wartezeit im August 2016 abgelaufen war (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Der Rentenanspruch entsteht indes frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bildet folglich der September 2016, da sich die Versicherte im März 2016 zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Urk. 7/3). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass die Versicherte zu jenem Zeitpunkt im Gesundheitsfall weiterhin bei der Y.____ GmbH als Leiterin eines Tankstellenshops in einem 100%-Pensum angestellt gewesen wäre, zumal sie diese Tätigkeit bereits seit November 2006 ausgeübt hatte. Ausgehend von den Angaben der Arbeitgeberin hätte sie dabei im Jahr 2016 ein Bruttojahreseinkommen von Fr. 54'990.-- erzielt (Fr. 4'230.-- * 13; Urk. 6/14, vgl. auch IK-Auszug vom 28. Juni 2016, Urk. 7/18/3). Dieser Wert stellt das Valideneinkommen dar. 5.3

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

Entsprechend den überzeugenden Ausführungen des psychiatrischen Gutachters ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin ab Januar 2016 ausgeübte Tätigkeit als Servicemitarbeiterin im

Tankstellenshop ihrer Schwester ihren Leiden optimal angepasst ist. Gemäss Dr. Z.____ würde das Einarbeiten in eine neue Tätigkeit einen zusätzlichen psychischen Stress und eine kognitive Verschlechterung bedeuten (Urk. 7/33/16).

Der von ihr verdiente Lohn ist kein Soziallohn, wie bestätigt wurde (Urk. 7/14/4); es bestehen keine Anhaltspunkte, dass dem nicht so wäre. In Ausübung eines 100%-Pensums würde die Beschwerdeführerin grundsätzlich ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 47'400.-- erzielen (Fr. 3'950.-- * 12; Anspruch auf einen 1/3 Monatslohn besteht nicht [Urk. 1 S. 4, Urk. 7/ 14/4]). Hinzu kommen Feiertags- und Nachtzulagen von etwa Fr. 50.-- (40%-Pensum) respektive Fr. 125.-- (100%-Pensum) brutto pro Monat (Urk. 1 S. 4) . Das Invalideneinkommen würde bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit somit Fr. 48'900.-- betragen (Fr. 47'400 + [Fr. 125.-- * 12]). 5.4

Ausgehend von den genannten Vergleichseinkommen ist der Invaliditätsgrad ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns wie folgt festzulegen:

Von September 2016 bis zum 21. November 2016 war die Versicherte zu 60 % arbeitsfähig. Der Invaliditätsgrad beläuft sich damit auf 46.64 % beziehungsweise 47 % ([Fr. 54'990. -- ./ . { Fr. 48'900.-- * 0.6}] * 100 / Fr. 54'990.--; zum Runden vgl. BGE 130 V 121) , weshalb ab September 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente bestand (vgl. E. 1.2).

Ab dem 21. November 2016 trat eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein, welche bis und mit März 2017 eine maximal 30%ige Arbeitsfähigkeit nach sich zog . Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) , wonach eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat, bestand somit ab Februar 2017 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 73.32 % respektive 73 % ([Fr. 54'990. -- ./ . { Fr. 48'900.-- * 0.3}] * 100 / Fr. 54'990.--).

Ab April 2017 war die Beschwerdeführerin sodann zu 40 % in der leidensangepassten Tätigkeit als Servicearbeiterin im Tankstellenshop arbeitsfähig. Entsprechend besteht in Nachachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab Juli 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 64.43 % beziehungsweise 64 % nur mehr Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ([Fr. 54'990. -- ./ . { Fr. 48'900.-- * 0.4}] * 100 / Fr. 54'990.--). 6 .

Nach dem Gesagten

hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Versicherten zu Unrecht verneint. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 4. September 2017 (Urk. 2) folglich aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin von September 2016 bis Januar 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente , von Februar bis Juni 2017 auf eine ganze Rente und ab Juli 2017 auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat.

Abschliessend bleibt in Anbetracht der konkreten Umstände - namentlich der von Dr. Z.____ gestellten offenen Prognose

- anzumerken, dass eine zeitnahe Durchführung eines Rentenrevisionsverfahrens angezeigt erscheint. 7 . 7 . 1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie

unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis I VG) und ermessensweise auf Fr.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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