

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00780 vom 28. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00780

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00780 du 28 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00780 del 28 novembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat,

zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127

V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.7

und S. Ziff. 1.9), dies unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin durch einen Job Coach begleitet werde (S. 1).

Diese 50%ige Arbeitsfähigkeit wurde von den behandelnden Fachleuten in der Folge wiederholt bestätigt (Urk. 7/20, Urk. 7/24, Urk. 7/70/ 2 -

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre abschlägige Verfügung (Urk. 2) damit, dass weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht ein medizinischer Sachverhalt beschrieben werde, welcher in Art und Schwere die Voraussetzungen gemäss Art. 8 ATSG erfülle (S. 1). Im Weiteren würden vor der Rentenprüfung immer zuerst berufliche Massnahmen geprüft respektive durchgeführt. Wegen vermehrten gesundheitlichen Absenzen habe die Leistungsfähigkeit im Aufbau training nicht mehr gesteigert werden können und die Eingliederungsberatung habe beendet werden müssen. Die Beschwerdeführerin sei informiert worden, dass sie sich bei geänderten Verhältnissen mit einem neuen Gesuch melden könne. Bei einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen handle es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden und - rechtsprechungsgemäss - um keinen verselbständigten Gesundheitsschaden. Leichte bis mittelschwere psychische Störungen gälten als therapierbar. Die Bulimia nervosa sei als Adipositas anzusehen und bewirke grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität. In welchem Ausmass die Migräne einschränke, könne nicht ermittelt werden. Die gestellten Diagnosen könnten die Arbeitsfähigkeit in subjektiver Weise beeinflussen, jedoch keinen für die Invalidenversicherung relevanten Gesundheitsschaden begründen. Die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig. Schliesslich werde im mit dem Einwand aufgelegten Arztbericht vom 5. Mai 2014 (Urk.

7/129/3-6) festgehalten, dass die depressive Störung abgeklungen sei (S. 2).

E. 2.2

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin vor, gemäss Einschätzung des von der Beschwerdegegnerin ausgesuchten Gutachters sei sie aufgrund der depressions bedingten verminderten Belastbarkeit und der schnellen Erschöpfbarkeit sowie einer Verlangsamung im Denk- und Arbeitsablauf in der bisherigen Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig. In der angepassten Tätigkeit, die sie zur Zeit (mit einem Pensum von 80 %; vgl. dazu Einwand, Urk. 7/129/1 unten) ausübe, sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % auszugehen. Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei krankheitsbedingt; die Beschwerdegegnerin umschreibe mit der allgemeinen Definition einer mittelschweren depressiven Episode ihr Leiden als vorübergehend, schaue aber ihren speziellen Fall nicht an, in dem die Episode weit über ein Jahr andauere. Schliesslich bestritt die Beschwerdeführerin ein Abklingen der Störung. Sie brauche Unterstützungsmassnahmen, um einen Job in angepasster Tätigkeit auf dem normalen Arbeitsmarkt zu bekommen und be halten zu können (Urk. 1).

E. 2.3

Mit Mitteilung vom 9. Januar 2013 erklärte die Beschwerdegegnerin die Arbeitsvermittlung für abgeschlossen (Urk. 7/88). Die Beschwerdeführerin empfand dies zwar als „grosser Dämpfer“ (Urk. 7/94/1 unten), ohne jedoch -

entsprechend dem Vermerk auf der Mitteilung - eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen. Vielmehr ersuchte sie in der Folge wiederholt um eine beförderliche Rentenprüfung (Urk. 7/101/1-5).

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) wurde einleitend festgehalten, dass der Rentenanspruch geprüft werde, auch wenn letztlich im Dispositiv des Entscheids das Leistungsbegehren abgewiesen wurde (S. 2). Die Beschwerdegegnerin erwähnte darin nicht nur die gesetzlichen Grundlagen zur Invalidität (Art. 8 ATSG), sondern auch Art. 8 IVG (S. 1), der die Eingliederungsmassnahmen be schlägt; diesbezüglich erwog sie, dass

sich die Beschwerdeführerin bei geänderten Verhältnissen mit einem neuen Gesuch melden könne. In Bezug auf die Rentenprüfung verneinte sie einen für die Invalidenversicherung relevanten Gesundheitsschaden (Urk. 2).

Verfügungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung haben nach dem Grundsatz von Treu und Glauben so zu gelten, wie sie nach gemeinverständlichem Wortlaut zu verstehen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_95/2015 vom 27. Mai 2015 E. 5.1). Der Inhalt der Verfügung vom 14. Juli 2014 kann nur so verstanden werden, dass damit allein über den Rentenanspruch verbindlich befunden wurde. Denn die Verneinung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens erfolgte mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, welche im Zusammenhang mit den hier fraglichen Krankheitsbildern für die Rentenfrage Anwendung findet. Da das IVG jedoch keinen einheitlichen Invaliditätsbegriff kennt, sondern dem System der leistungsspezifischen Invalidität (BGE 126 V 241 E. 4) folgt, kann aus den Erkenntnissen zur Invalidität im Zusammenhang mit dem Rentenanspruch nicht ohne Weiteres geschlossen werden, wie es sich mit dem Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verhält, zumal solche auch nicht im Einzelnen konkret benannt wurden.

Unter diesen Umständen ist im Folgenden allein zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Soweit sie hingegen Eingliederungsmassnahmen angebehrte, ist mangels Vorliegens eines Anfechtungsgegenstandes nicht auf die Beschwerde einzutreten. Der Beschwerdeführerin bleibt es unbenommen, sich diesbezüglich erneut an die Beschwerdegegnerin zu wenden, wie diese im angefochtenen Entscheid denn auch angemerkt hat.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin musste sich Ende 2009 und Anfang 2010 laparoskopischen Unterleibseingriffen (Urk. 7/13/13 18 und Urk. 7/13/10-12) unterziehen. Die anschliessenden urogynäkologischen Abklärungen brachten ein Blasenleiden (OAB-Syndrom), eine Mikrohämaturie, eine Endometriosis genitalis und einen Status nach Chlamydieninfektion zu Tage (Urk. 7/13/6-8). Dass diese Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würden, ist den erwähnten Facharztberichten nicht zu entnehmen und wurde auch nicht geltend gemacht.

Ebenso wenig geben die Berichte des Neurologen (Urk. 7/13/21-24) und des Orthopäden (Urk. 7/13/25-26) Anlass zur Annahme, dass körperliche Leiden, namentlich Schulter- und Sprunggelenksbeschwerden, eine - bis zum hier fraglichen Zeitraum nach der Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2011 - anhaltende Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen hätten. Die behandelnden Ärzte der Quellen Gemeinschaftspraxis (vgl. Urk. 7/98) bescheinigten weder im bei der Beschwerdegegnerin am 22. April 2013 eingegangenen Bericht (Urk. 7/104) noch am 26. April 2013 auf entsprechende Anfrage hin (Urk. 7/105) eine Arbeitsunfähigkeit.

Damit erübrigen sich Weiterungen zu den somatischen Beeinträchtigungen. Zu prüfen bleibt der psychische Gesundheitszustand.

E. 3.2

Am 2. März/4. April 2011 berichteten die behandelnde Oberärztin und die Psychologin von der A.____ AG, Psychiatriezentrum B.____ (Urk. 7/14/1-5), über eine im Jahr 2010 - infolge Überforderungssituation an der Arbeit - aufgetretene zunehmende depressive Entwicklung

(S. 2 unten). Sie wiesen auf diverse psychosoziale Belastungsfaktoren hin (Angst, keine feste Anstellung mehr zu finden, viele Stellenwechsel bei langjähriger Temporärer Arbeit, Trennungssituation, körperliche Belastung durch Endometriose; S. 1). Zur depressiven Symptomatik komme der ängstlich-vermeidende und dependente Persönlichkeitsstil hinzu, der sich ungünstig auf den Umgang mit depressiven Symptomen auswirke (S. 1).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Fachleute des Psychiatriezentrums B.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig. Die erste Episode habe 2004 stattgefunden und die gegenwärtige Episode dauere seit August 2010. Seit der Jugend bestünden akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), welcher Diagnose die Fachleute keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimessen (S. 2 oben). Als Befunde nannten sie Stimmungslabilität, Hoffnungslosigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, Versagensängste, Antriebsstörungen, Erschöpfbarkeit (S. 2 unten) sowie Antriebsmangel, Anhedonie und Frustessen und sie beschrieben die Beschwerdeführerin als leicht angespannt, ängstlich und unsicher (S. 3 oben). Sie nehme seit November 2010 täglich an teilstationärem Therapieprogramm wie auch an der psychopharmakologischen Therapie teil, deren Weiterführung sie empfahlen (S. 3 Ziff. 1.5).

Sie bescheinigten ab Mitte Oktober 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Anschluss an die - am 22. November 2010 aufgenommene (S. 2 unten und S. 3 Ziff. 1.5) - tagesklinische Behandlung sei ab Mai 2011 von einer zumindest partiellen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen (S. 3 Ziff.

E. 3.3

Der ärztlichen Empfehlung betreffend Job-Coaching folgend (Urk. 7/14/1) unterstützte das RAV einen vom 15. Juni bis 14. Dezember 2011 dauernden Einsatz beim Stellennetz (Urk. 7/34, Urk. 7/72/45). Wegen der gehäuften krankheitsbedingten Absenzen ordnete die Beschwerdegegnerin anschliessend im Rahmen von Integrationsmassnahmen ein Belastbarkeitstraining (Urk. 7/40-42, Urk. 7/45-48) und vom 1. April bis am 30. September 2012 (Urk. 7/50, Urk. 7/57-59, Urk. 7/62-65, Urk. 7/68) beziehungsweise bis am 31. Dezember 2012 Aufbautraining an (Urk. 7/75-87), mit welchen die Beschwerdeführerin ihr Pensum auf 50 % zu erhöhen vermochte (Urk. 7/93).

Dies erachtete die Beschwerdegegnerin als ungenügende Arbeits- und Leistungsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt (Urk. 7/89/4 unten), weshalb sie die Arbeitsvermittlung mit Mitteilung vom 9. Januar 2013 abschloss (Urk. 7/88).

E. 3.4

Bereits am 12. September 2012 (Urk. 7/67) hatten die behandelnden Fachleute des Psychiatriezentrums B.____ von unveränderten, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen berichtet (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1; S. 2 oben); die Arbeitsfähigkeit sei von 50 % auf 40 % gesunken (S. 4 Ziff. 1.6-7).

Dazu führten sie aus, dass es im teilstationären Setting zu einer partiellen Verbesserung gekommen sei. Die Beschwerdeführerin sei nach dem Austritt aus der Tagesklinik im April 2011 unter antidepressiver Medikation wöchentlich ambulant behandelt worden; gegenwärtig sei die Sitzungsfrequenz alle zwei Wochen bis monatlich, wobei als letzte Kontrolle der 9. Juli 2012 angegeben wurde (S. 2 Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin habe

Schwierigkeiten, therapeutische Inhalte umzusetzen und vermehrt in eine Aktivierung und Eigenverantwortung zu gelangen. Veränderungsschritte seien meist durch Angst- und Schuldgefühle begleitet gewesen, so dass sie Vermeidungstendenzen und/oder körperliche Beschwerden entwickelt habe und ein progressiver Behandlungsverlauf erschwert gewesen sei. Es wurde eine weitere Begleitung bei der Integration in den ersten Arbeitsmarkt empfohlen (S. 3-4).

Im Bericht vom 16. Januar 2012 (richtig: 2013) beschrieben die nämlichen Fachleute einen stagnierenden respektive sich verschlechternden psychischen Zustand. Die Beschwerdeführerin sage die Psychotherapie aufgrund von körperlichen Beschwerden häufig ab, nehme mithin etwa einmal monatlich Sitzungstermine wahr, und stehe in psychopharmakologischer Behandlung. Die Fachleute attestierten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vom 26. April 2011 bis zum Beginn des Aufbautrainings am 8. Januar 2012 und erneut ab 1. Januar 2013 (Urk. 7/90/2-3).

E. 3.5

Am 14. September 2013 erstattete Dr. med. Z. ___ gestützt auf die Vorakten und die eigene Untersuchung sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/110). Der Experte stellte folgende Diagnosen (S. 5): - rezidivierende, aktuell mittelschwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) - Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) - Migräne starken Ausmasses

Dazu wies der Gutachter auf die Hamilton-Depressionsskala hin, deren Score einer behandlungsbedürftigen, mittelschweren depressiven Episode entspreche (S. 5 oben). Im Weiteren führte er aus, die Beschwerdeführerin stehe seit März 2013 in einer (selbst gefundenen; vgl. Urk. 7/113) bis Dezember 2013 befristeten Anstellung mit einem Pensum von 80 % (S. 3 oben). Trotz einfacher Arbeit und einem Pensum von 80 % sei sie überfordert (S. 4). Er attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit und eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % (je nach Anforderung) in einer angepassten Tätigkeit, wie sie die Beschwerdeführerin aktuell ausübe. Die aus seiner Sicht krankheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit begründete er mit der depressionsbedingt verminderten Belastbarkeit und schnelleren Erschöpfbarkeit sowie mit einer Verlangsamung im Denk- und Arbeitsablauf. Zusätzlich werde das (Arbeits-)Leben durch die Migräneattacken erschwert und eingeschränkt (S. 5) und mit der Bulimie liege ein schweres pathologisches Suchtverhalten vor (S. 6).

In Bezug auf die Behandlung hielt Dr. Z. ___ fest, die Beschwerdeführerin sei bis Februar 2013 mit Antidepressiva behandelt worden und stehe weiterhin in 14-täglicher psychotherapeutischer Betreuung (S. 4). Weiter legte er dar, dass in der Vergangenheit psychosoziale Faktoren vorhanden gewesen seien, welche jedoch die aktuelle krankheitsbedingte Arbeitsfähigkeit nicht aggravierten. Unverständlich bleibe, dass die Beschwerdegegnerin verhindert habe, dass die Beschwerdeführerin durch die C. ___ AG, die den Arbeitsversuch (richtig: Aufbautraining) bis am 31. Dezember 2012 durchgeführt hat (vgl. Urk. 7/93), habe angestellt werden können (S. 6).

Auf die Rüge der Beschwerdeführerin, die Expertise enthalte falsche Angaben (Urk. 7/118/1), ergänzte der Gutachter am 30. Januar 2014 (Urk. 7/121), die Anmerkungen der Beschwerdeführerin (vgl. dazu Urk. 7/117) hätten ihn erstaunt und liessen sich durch Missverständnisse beziehungsweise ihre widersprüchlichen Schilderungen und ungenauen Angaben erklären (S. 1). Die Anmerkungen hätten keinen Einfluss auf seine sorgfältige

Beurteilung von Diagnose, krankheitsbedingten Einschränkungen und Grad der Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 3.6

Im mit dem Einwand ins Recht gelegten - den nicht aktenkundigen Bericht vom 27. März 2014 ersetzenden - Bericht vom 5. Mai 2014 von Oberarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie, der A.____ AG, Psychiatriezentrum E.____ (Urk. 3/2), über die von Oktober 2009 bis 17. März 2014 (vgl. dazu Urk. 7/13/19-20) durchgeführte ambulante Behandlung, wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) bei einer Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und unsicheren Zügen - Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4) - Migräne

Dr. D.____ führte zum Behandlungsverlauf zur Hauptsache aus, die psychosoziale Belastung (Angst, keine feste Anstellung mehr zu finden, viele Stellenwechsel, Trennungssituation) habe im Lauf der ersten Hälfte des Jahres 2010 zugenommen und das Zustandsbild habe sich infolge Überforderungssituation im August 2010 zu einer eindeutigen depressiven Episode verschlechtert, worauf die Beschwerdeführerin vom 22. November 2010 bis Ende April 2011 in der Tagesklinik teilstationär und hernach ambulant behandelt worden sei. Unter Medikation sei es zu einer partiellen Verbesserung gekommen mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % im Mai 2011; damals habe sie im Integrationsprogramm zu arbeiten begonnen. Das anschliessende Belastbarkeits- und Aufbau training sei nach gehäuften Absenzen Ende 2012 abgebrochen worden (S. 1). Nach Aufnahme einer bis Ende 2013 befristeten Temporärstelle zu 80 % sei es aufgrund depressiver Symptome, die von Migränezuständen begleitet waren, zu Arbeitsausfällen gekommen. Wegen Gewichtszunahme sei sie ins F.____ zur Behandlung überwiesen worden. Seit Februar 2014 arbeite die Beschwerdeführerin in einer Festanstellung zu 80 % als Sachbearbeiterin (S. 2).

Wie schon im Bericht des gleichen Psychiatriezentrums (E. 3.4 hievore) wurde weiter dargelegt, dass die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten gehabt habe, die therapeutischen Inhalte umzusetzen. In Absprache mit ihr seien die Sitzungsfrequenzen verringert und die antidepressive Medikation ausgeschlichen worden. Wegen Beendigung der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Fachärztin bei der A.____ AG im März 2014 habe sich die Beschwerdeführerin entschlossen, die Behandlung zu beenden (S. 2). 4. 4.1

Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin könnte - nach Ablauf von sechs Monaten nach der Anmeldung vom 24. Februar 2011 (Urk. 7/5; Art. 29 Abs. 1 IVG) - frühestens nach erfülltem Wartejahr entstanden sein (E. 1.3 hievore). Dies ist angesichts der seit Mitte Oktober 2010 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von zunächst 100 % und später 50 % (E. 3.2 hievore) frühestens Mitte Oktober 2011 der Fall. Somit sind im Folgenden die Verhältnisse im Zeitraum vom Oktober 2011 bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids im Juli 2014 näher zu beleuchten. 4.2

Was die Verhältnisse im Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres im Oktober 2011 in Bezug auf die erhobenen Diagnosen anbelangt, ist aufgrund der dargestellten medizinischen Akten davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausschliesslich durch das depressive Leiden eingeschränkt war. In diagnostischer Hinsicht ist festzuhalten, dass zwar Dr. Z.____ eine depressive Störung mit somatischem Syndrom nannte (ICD

E. 6

).

E. 10

F33.11); doch hierfür wäre definitionsgemäss das Vorliegen von vier oder mehr somatischen Symptomen erforderlich (Dilling/Mambour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014, S. 179, S. 173 und S. 170), die der Gutachter jedoch nicht beschrieben hat. Insoweit erscheint das Gutachten nicht nachvollziehbar, weshalb mit den behandelnden Ärzten von einer depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F33.1) auszugehen ist.

Die vom Gutachter und den behandelnden Fachleuten im Weiteren übereinstimmend diagnostizierte Migräne wurde schon im Jahr 2008 neurologisch abgeklärt (Urk. 7/13/21). Dr. med. G.____ sprach am 29. Januar 2008 von einer damals seit Jahren bestehenden Migräne. Obwohl er deswegen von vermehrten migränebedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz berichtete, ist nicht erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit durch die Migräne anhaltend beeinträchtigt gewesen wäre, vermochte die Beschwerdeführerin ihre Anstellung doch bis im Oktober 2010 weiterzuführen. Zudem erwähnte sie anlässlich der Anmeldung zum Leistungsbezug lediglich die psychische Beeinträchtigung (Urk. 7/5/7). Der Gutachter Dr. Z.____ legte auch nicht dar, inwiefern sich an der Einschätzung des Neurologen zwischenzeitlich etwas geändert haben könnte. Eine dauerhafte Einschränkung durch die Migräne ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Die von den behandelnden Fachleuten weiter genannte Diagnose einer Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und unsicheren Zügen wurde entweder nicht kodiert (E. 3.6) oder als akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) gefasst (E. 3.2). Damit ermangelt es diesbezüglich von vornherein an einer lege artis gestellten Diagnose, die Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 und 2.1.2; vgl. auch E. 1.2 hievore), beziehungsweise - in Bezug auf die Diagnose mit Z Kodierung - an einem rechtserheblichen Gesundheitsschaden (Urteile des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 und 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2).

Zur diagnostizierten Bulimia nervosa (Dr. Z.____; E. 3.5 hievore) beziehungsweise Essattacken bei anderen psychischen Störungen (behandelnde Fachleute, E. 3.6 hievore) ist zu bemerken, dass der Gutachter diese zwar als schweres pathologisches Suchtverhalten bezeichnete und die Gewichtszunahme eine Behandlung im Diabetes Adipositas Zentrum erforderte. Dies allein vermag jedoch keine Auswirkung dieser Störung auf die Arbeitsfähigkeit zu belegen, hat sich doch die Beschwerdeführerin trotz dieser Krankheit nicht davon abhalten lassen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bis Ende 2013 und erneut ab Anfang 2014 eine Tätigkeit im Umfang von 80 % auszuüben. Sogar die behandelnden Fachleute führten die Ausfälle an der bis Ende 2013 befristeten Stelle nicht auf diese Problematik zurück (E. 3.6 hievore).

Damit bleibt zu prüfen, wie es sich mit den Auswirkungen der depressiven Störung verhält.
4.3 4.3.1

Vorweg ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben

ist, wenn die begutachtende Person im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen (E. 1.2 hievov).

Der Gutachter wie auch die behandelnden Fachleute schilderten, dass die Überforderungssituation und verschiedene psychosoziale Umstände die depressive Entwicklung zunehmen liessen und letztlich zur Arbeitsunfähigkeit führten. Es kann jedoch vorliegend nicht gesagt werden, dass sich die Pathologie in der psychosozialen Belastungssituation erschöpft, führte der Gutachter die Arbeitsunfähigkeit doch ausdrücklich auf ein Krankheitsgeschehen zurück (E. 3.5). Bei dieser Sachlage liegt es näher, die diagnostizierten psychischen Pathologien als verantwortlich für die Symptomatik zu sehen. Die psychosoziale Belastungssituation war allenfalls deren Auslöser, nicht aber der Grund für die länger dauernde Arbeitsunfähigkeit. 4.3.2

Der Gutachter Dr. Z.____ bescheinigte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit und eine solche von 60-70 % in der im Untersuchungszeitpunkt im September 2013 mit einem Pensum von 80 % ausgeübten Tätigkeit. Diese Beurteilung steht im Wesentlichen im Einklang mit der Einschätzung der Fachleute des Psychiatriezentrums B.____, die ab Oktober 2010 zwar zu nächst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten, aber nach der gesundheitlichen Verbesserung im Mai 2011 ihrerseits eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für zumutbar hielten. Insoweit sie im September 2012 nurmehr von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgingen (E. 3.4 hievov), erweist sich ihre Beurteilung nicht als schlüssig, legten sich doch nicht dar, weshalb bei unveränderten Diagnosen die Arbeitsfähigkeit gesunken sein sollte. Offenbar orientierten sie sich im Wesentlichen am im Rahmen der Integrationsmassnahmen tatsächlich ausgeübten Pensum (vgl. dazu auch Urk. 7/68), was jedoch eine medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsbeurteilung nicht zu ersetzen vermag, weshalb die attestierte Arbeitsfähigkeit von lediglich 40 % nicht nachvollziehbar ist.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist sodann ausschlaggebend, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der Integrationsmassnahmen Ende 2012 (E. 3.3 hievov) in der Lage war, von März bis Dezember 2013 (vgl. Urk. 7/110/3) wieder eine Tätigkeit im Umfang von 80 % auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben. Zudem hielt sie an diesem Pensum fest, obwohl der Gutachter Dr. Z.____ in der Expertise vom 14. September 2013 für die fragliche Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 60-70 % attestiert hatte (E. 3.5 hievov). Zwar hat das Pensum von 80 % laut den Angaben der Beschwerdeführerin ein Erschöpfungsgefühl, Lustlosigkeit und Müdigkeit nach sich gezogen (Urk. 7/110 S. 4 oben und S. 5 Mitte und Urk. 7/129/4). Doch ist aus dem Umstand, dass sie nach Beendigung des befristeten Arbeitsverhältnisses per Ende Dezember 2013 ab Februar 2014 wiederum eine Arbeit mit einem Pensum von 80 % antrat, zu schliessen, dass sie sich selbst in der Lage sah, unter gehöriger Anstrengung, welche im Rahmen der Schadenminderungspflicht erwartet werden muss, eine entsprechende Leistung zu erbringen. Dieser effektiv ausgeübten Tätigkeit ist in beweismässiger Hinsicht höheres Gewicht beizumessen, als der medizinisch-theoretischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die befassten Ärzte. 4.3.3

Weiter gilt zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und seine Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im

Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art, eingetreten ist. Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1-2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2).

Mit Blick auf das hier allein massgebliche depressive Geschehen ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellen, die es der betroffenen Person verunmöglichte, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 mit Hinweisen). Dies hat auch dann Geltung, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Obwohl eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen).

Ausgewiesenermassen nahm die Beschwerdeführerin kurz nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Oktober 2010 eine tagesklinische Behandlung auf, die im Mai 2011 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands und dem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % führte. Hernach stand sie unter medikamentöser Behandlung und in anfänglich wöchentlicher und später noch in monatlicher psychotherapeutischer Betreuung (E. 3.4 hievor). Dieser Therapieverlauf zeigt, dass sich die Beschwerdeführerin zwar anfänglich um medizinische Hilfe bemühte und die angebotenen Therapien wahrnahm. Es ist ihr auch zu Gute zu halten, dass sie sich ab April 2012 verschiedenen Eingliederungsmassnahmen unterzog. Ihr stetes Bemühen führte schliesslich zu einem Erfolg in dem Sinne, dass sie ab März 2013 eine befristete (Teilzeit-)Anstellung fand, die sie zumindest im hier fraglichen Zeitraum bis Juli 2014 zu bewältigen vermochte.

Hinsichtlich der Psychotherapie ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin schon ab April 2012 nur noch alle zwei Wochen oder monatlich Behandlungstermine wahrnahm, wobei nach Aussage der behandelnden Fachleute am 12. September 2012 die letzte Kontrolle am 9. Juli 2012 stattfand, mithin weit mehr als einen Monat zurücklag. Laut dem Bericht vom 16. Januar 2013 sagte die Beschwerdeführerin zudem häufig Therapiesitzungen ab (E. 3.4 hievor). Wenn dies auch körperlichen Beschwerden zuzuschreiben gewesen wäre, wäre es der Beschwerdeführerin aber zuzumuten gewesen, zur Einhaltung des Therapierhythmus einen neuen Termin zu vereinbaren, wovon sie offenbar abgesehen hat. Am 17. März 2014 beendete die Beschwerdeführerin die therapeutische Behandlung aus eigenem Antrieb (Urk. 3/2), was einen massgeblichen Leidensdruck nicht als überwiegend wahrscheinlich bestehend erscheinen lässt.

Das Bundesgericht stellt sowohl an die Langjährigkeit (verneint im Urteil 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das Urteil 9C_454/2013 vom

29. Oktober 2013 E. 4.1) hohe Anforderungen. Insbesondere die ab April 2012 nur ein- bis zweimal im Monat stattgefundenen Therapien vermögen dabei nicht zu genügen, um das Leiden als resistent auszuweisen. Da der anfängliche tagesklinische Aufenthalt eine Verbesserung der Symptomatik samt einer wenigstens teilweisen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bewirkt hatte, wären anhaltende und intensive Therapiebemühungen umso angezeigt gewesen.

Unter diesen Umständen ist mangels konsequenter Depressionsbehandlung die Therapieresistenz der depressiven Symptomatik nicht ausgewiesen. 4.4

Zum weiteren Verlauf ist dem abschliessenden Bericht der behandelnden Fachleute vom 5. Mai 2014 zu entnehmen, dass die seit August 2010 bestehende depressive Störung remittiert war (E. 3.6), was die Beschwerdeführerin in Abrede stellte (vgl. handschriftliche Bemerkung auf Urk. 3/2). Ihr ist jedoch entgegen zu halten, dass die Beurteilung des Gesundheitszustandes nach objektiven Kriterien zu erfolgen hat und deshalb dem Arzt obliegt (BGE 125 V 256 E. 4); demgegenüber kann die subjektive Wahrnehmung der versicherten Person nicht ausschlagend sein. 4.5

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 4.6

Zu Handen der Beschwerdeführerin bleibt schliesslich zu bemerken, dass gemäss ihren Ausführungen in der Eingabe vom 16. April 2015 (Urk. 9) das im letzten Bericht des Psychiatriezentrums B.____ erwähnte laufende Arbeitsverhältnis (E. 3.6 hier vor) wegen der vielen Absenzen nach sechs Monaten per Oktober 2014 aufgelöst wurde (vgl. auch Urk. 10/3 S. 2). Diese Kündigung löste eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, aus und führte zur Hospitalisation in der A.____ AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, für die Zeit vom 21. Oktober bis 2. Dezember 2014 (vgl. Austrittsbericht vom 26. März 2015, Urk. 10/5).

Hinsichtlich der strittigen Rentenfrage sind jedoch die Verhältnisse massgebend, wie sie bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids am 14. Juli 2014 vorgelegen haben (BGE 121 V 362 E. 1b). Deshalb haben hier sowohl die erst später ausgesprochene Kündigung des Arbeitsverhältnisses als auch die hierauf angeordnete stationäre Behandlung beziehungsweise eine allenfalls damit einhergehende dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes unberücksichtigt zu bleiben; entsprechende Veränderungen wären allenfalls im Rahmen eines Neuanmeldeverfahrens zu beurteilen. 5.

Die Gerichtskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Bundes

gesetzes 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 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
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

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