

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01329 vom 22. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01329

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01329 du 22 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01329 del 22 giugno 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

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

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S.

43 E.

5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S.

345, Urteile des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E.

5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E.

2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen). 1. 4

Für die Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_162/2013 vom 17. Juli 2013 E. 3.2. 1) .

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 Vorgänge (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung 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

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit . c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinweg setzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind . Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2;

Urteil des Bundesgerichts 8C_162/2013 vom 17. Juli 2013 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Die Angelegenheit sei zur neuen Rentenberechnung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die das Leistungsbegehren abweisende Verfügung vom 12. November 2014 (Urk. 2) im Wesentlichen damit, dass bei der Beschwerdeführerin zwar gesundheitliche Einschränkungen vorlägen, welche die

Arbeitsfähigkeit in subjektiver Weise einschränkten. Die vorhandenen Einschränkungen seien jedoch überwindbar. Die vorliegende rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig, habe nicht die erforderliche Intensität, als dass sie als invalidisierend gelten könnte. Soziale Belastungsfaktoren seien invaliditätsfremd und könnten nicht berücksichtigt werden. Eine intensive Psychotherapie und eine Medikation mit Psychopharmaka könnten zudem zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen (vgl. auch Urk. 7).

E. 2.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, dass sie sowohl unter somatischen als auch psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen leide. Es sei allerdings noch nie untersucht worden, wie sich die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Dies sei immer bloss unter dem Gesichtswinkel der Unfallkausalität beurteilt worden. Diesbezüglich sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Abklärungen zu treffen. Aus psychischer Sicht sei trotz adäquater Behandlung davon auszugehen, dass eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Die Beschwerdegegnerin könne nicht leichthin als Fakt annehmen, dass psychische Beschwerden immer vorübergehend seien. Es könnten durchaus Umstände vorliegen, welche die Schmerzbewältigung intensiv

und konstant behinderten und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die Beschwerdeführerin nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfüge. Der bisherige Krankheitsverlauf lasse erkennen, dass die Beschwerdeführerin mit diversen Krankheiten zu kämpfen gehabt habe. Es könne daher nicht von einer Überwindung ausgegangen werden. Auf das Gutachten von Dr. Y.____ könne nicht abgestellt werden. Es sei bezüglich Anamnese mangelhaft. So habe er etwa festgehalten, die Beschwerdeführerin habe ausgesagt, es gehe ihr finanziell relativ gut und dass sie wenig Interessen habe. In Wahrheit gehe es ihr finanziell relativ schlecht; sie habe keine Interessen. Ihr Appetit sei zudem nicht gesteigert, sondern schwach. Auch bezüglich Anzahl der Panikattacken sei der Gutachter ungenau; es gebe nur wenige Tage, an denen es ihr besser gehe. Sobald sie aus dem Haus gehe (und auch sonst), komme es täglich zu Panikattacken. Des Weiteren könne auch nicht behauptet werden, dass pflanzliche Antidepressiva einen schlechteren Erfolg bei einer Therapie bewirkten als chemische Medikamente (Urk. 1).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren zu Recht abgewiesen hat. Umstritten ist dabei zwischen den Parteien insbesondere, ob die medizinischen Akten einen Entscheid in der Sache zulassen oder ob weitere medizinische Abklärungen notwendig sind. 3.

E. 3

Eventualiter sei die Vorinstanz zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen zu treffen.

E. 3.1

und 3.2).

E. 3.2

und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_89 2/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes

depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli

2012 E.

3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vor genannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vor genannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1)

hohe Anforderungen.

E. 3.3

; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März

2015 E.

3.1; 9C_667/2013 vom 29. April

2013 E.

4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August

2012 E.

E. 3.4

Dr. Y.____ stellte in seinem Gutachten vom 6. Mai 2014 (Urk. 8/75) folgende Diagnosen (S. 7): Diagnosen mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: F33.1

Rezidivierende depressive Störung, seit Januar 2013 mittelgradige Episode
Diagnosen ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Z63

partnerschaftliche Schwierigkeiten F41.0

Neigung zu Panikattacken Z73.1

akzentuierte Persönlichkeitszüge

Im A.____-Gutachten sei eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Diese Diagnosestellung könne gestützt auf die aktuellen Befunde nicht nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin sei zwar als Kind eher unruhig gewesen und habe eventuell an einem ADHS gelitten. Sie zeige aber nicht die Symptome, welche die ICD-10 bei einer histrionischen Persönlichkeitsstörung voraussetze. Vielmehr berichte sie, dass sie seit jeher eher scheu sei. Sie wirke keinesfalls verführerisch oder theatralisch, zeige wenig Interesse an körperlicher Attraktivität. Sie stehe nicht gern im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Sie zeige aber Hinweise für akzentuierte Persönlichkeitszüge. Später seien gelegentliche Panikzustände sowie Zwangsgedanken aufgetreten. Die Beschwerdeführerin habe eine Neigung zu reaktiven Verstimmungen, insbesondere nach Trennungssituationen. Dies sei sowohl nach dem Tod ihres Grossvaters sowie im Jahr 2008 nach dem erlittenen Unfall der Fall gewesen (S. 7 f.).

Die Beschwerdeführerin führe die im Januar 2013 entstandene neue Depression auf partnerschaftliche Probleme zurück. Ab Januar 2013 hätten sich die Symptome einer depressiven Episode (ICD-10 F32) entwickelt, die bis heute nachweisbar seien. Die Konzentration sei vermindert und die Stimmungslage oft gedrückt; das Selbstwertgefühl sei vermindert. Das Ausmass der depressiven Episode könne anlässlich der Untersuchung als mittelgradig bezeichnet werden. Die Beschwerdeführerin sei weder suizidal noch schwer depressiv. Ihr Appetit sei nicht vermindert. Sie gestalte den Tag einigermaßen regelmässig, führe ihren Haushalt und gehe oft spazieren. Sie lese Bücher und sehe sich Filme im Fernsehen an. Die Beschwerdeführerin sei fähig, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Zürich zu reisen; sie stehe mit ihren Töchtern in E-Mail-Verkehr. 2013 habe sie ihre Mutter in Deutschland besucht. Es sei ihr zudem gelungen, die menschlichen Kontakte aufrecht zu erhalten. Da es mehrmals zu depressiven Episoden gekommen sei, könne diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden (S. 8).

Die Beschwerdeführerin stehe in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Ihren Psychiater treffe sie allerdings nur einmal pro Monat; sie nehme keine antidepressiv wirkenden Medikamente. Diese ungenügende Behandlung sei bedauerlich, da Depressionen gut auf Psychopharmaka ansprechen würden. Eine Intensivierung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei zumutbar. Die depressive Episode könnte dadurch auf ein leichtgradiges Ausmass herabgesenkt werden. Eine Heilungstendenz sei auch hinsichtlich der Neigung zu Panik möglich. Die Beschwerdeführerin habe nämlich berichtet, dass es heute im Vergleich zu früher seltener zu Panikgefühlen komme; auch diesbezüglich wäre eine spezifische Medikation sinnvoll (S. 8).

Finanziell habe die Beschwerdeführerin keine Probleme, da sie Taggelderleistungen erhalte und ihr der ehemalige Lebenspartner Beiträge bezahle. Ihre berufliche Zukunft sehe sie in erster Linie in der Psychiatriepflege. Es gebe keine Gründe, die dagegen sprechen würden, denn es bestehe keine

histrionische Persönlichkeitsstörung. Die Prognose sei nicht ungünstig, da affektive Störungen in der Regel ohne negative Folgen ausheilen, insbesondere wenn eine genügende Therapie erfolge, was bei der Beschwerdeführerin derzeit aber nicht der Fall sei. Berufliche Massnahmen seien vermutlich nicht angezeigt, da die Beschwerdeführerin gut ausgebildet sei und bei Bedarf auf alternative Tätigkeiten, etwa in der Altenpflege, ausweichen könne. Die psychischen Beeinträchtigungen führten dazu, dass die Beschwerdeführerin Mühe habe, vollumfänglich ihrer vorherigen Arbeitstätigkeit (Nachtwache oder Psychiatriefachfrau) nachzugehen. Die Funktionen seien teilweise eingeschränkt und die Belastbarkeit herabgesetzt. Die bisherige Tätigkeit sei zu etwa 60 % zumutbar (S. 9). Bei adäquater psychiatrischer Behandlung könne davon ausgegangen werden, dass nach zwei Monaten nur noch eine leichtgradige depressive Episode vorliegen und es zu einer Besserung der Panikzustände kommen würde. Es werde dann noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % vorhanden sein (S. 10)

E. 3.5

Dr. F.____ äusserte sich in seinem Bericht vom 24. September 2014 (Urk. 3) dahin gehend, dass die Beschwerdeführerin seit dem 28. Januar 2013 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. Mit einer baldigen und wesentlichen Besserung sei nicht zu rechnen. Ihren Ein-Personen-Haushalt könne sie mehr oder weniger bewältigen; aber schon das Einkaufen gehe nur zeitweise. Die Beschwerdeführerin klage über eine verminderte

Aufmerksamkeit und Konzentration, Angst, Unsicherheit, Gefühlslabilität, mangelndes Selbstvertrauen und Furcht vor Menschenansammlungen. Die Beschwerdeführerin möchte als diplomierte Psychiatrieschwester nicht selber in eine Klinik gehen; auch möchte sie keine „chemischen Produkte“ einnehmen. 4.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Vorinstanz.

Die IV Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2015 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, wovon der Versicherten Kenntnis gegeben wurde (vgl. Urk. 9).

Auf die Ausführungen der Parteien ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Vorweg ist festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. Y.____ sämtliche in E. 1.4 wiedergegebenen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens erfüllt. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. So korrelieren die erhobenen Befunde mit den vom Gutachter geschilderten Einschränkungen und lassen es seine Hinweise auf vorhandene Ressourcen als schlüssig erscheinen, dass keine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit gegeben ist. Sodann begründete er die gestellte Diagnose unter Darlegung der relevanten Befunde und Auseinandersetzung mit den Vorberichten.

Die Beschwerdeführerin liess demgegenüber rügen, dass das Gutachten von Dr. Y.____ bezüglich Anamnese fehlerhaft sei. So habe Dr. Y.____ die finanzielle Situation der Beschwerdeführerin unzutreffend (zu günstig) dargestellt und nicht erkannt, dass sie nicht nur wenige Interessen, sondern gar keine habe. Auch sei ihr Appetit schwach und nicht gesteigert. Auch bezüglich der Anzahl der erlittenen Panikattacken sei der Gutachter ungenau (vgl. dazu oben E. 2.2 und Urk. 1 S. 4).

Vorauszuschicken ist, dass keine objektiven Anzeichen vorhanden sind, die darauf hindeuten, dass der Gutachter die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung gemachten Angaben unzutreffend aufgenommen haben könnte.

Allein der Umstand, dass die Beschwerdeführerin dies nunmehr im Rahmen des vorliegenden Prozesses behaupten liess, erbringt dafür jedenfalls keinen Beweis. Hingegen spricht die Evidenz dafür, dass die Beschwerdeführerin ihre Einschränkungen in ihrer Beschwerde stark dramatisieren liess. So liess sie etwa behaupten, dass sie fast keine Hausarbeiten mehr verrichten könne (Urk. 1 S. 4), während der behandelnde Psychiater, Dr. F.____, in seinem Bericht vom 24. September 2014 (Urk. 3), welcher der Beschwerdeschrift beilag, immerhin der Auffassung war, der Haushalt sei mehr oder weniger machbar. Aber selbst wenn Dr. Y.____ einige anamnestiche Angaben nicht ganz exakt aufgenommen haben sollte (wofür es allerdings - wie gesagt - keine objektiven Hinweise gibt), würde der Beweiswert seines Gutachtens dadurch nicht entscheidend relativiert, berühren die von der Beschwerdeführerin kritisierten Punkte doch nur eher nebensächliche Umstände. Zu beachten ist dabei auch, dass Dr. Y.____ der

Beschwerdeführerin immerhin eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestierte (beziehungsweise prognostisch von 20 %). Es kann also keine Rede davon sein, dass der Gutachter die von der Beschwerdeführerin ge klagten Beschwerden relativiert oder beschönigt hätte. Angesichts der Umstände ist nichts erkennbar, was auf eine Voreingenommenheit oder dergleichen von Seiten Dr. Y.____ hindeuten könnte. Im Gegensatz dazu vermag das Attest des behandelnden Psychiaters, der die Beschwerdeführerin bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen pauschal als 100%ig arbeits unfähig bezeichnet (vg l. Urk. 3), nicht zu überzeugen, lassen doch die vorhandenen Ressourcen nicht auf eine derart eingeschränkte Arbeits unfähigkeit schliessen.

E. 4.2

.2

Gestützt auf die Erkenntnisse im A.____ -Gutachten ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwer deführerin in ihrem angestammten Beruf als Pflegefachfrau durch die vorlie gen den somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht eingeschränkt ist. Dies bezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin (nach dem erlittenen Unfall) auch effektiv als Pflegefachfrau (Pensum von 50 %) gearbeitet hat. Vom 1. Juni 2010 bis 30. September 2013 (letzter effektiver Arbeitstag: 15. Januar 2013) war sie beim Wohn- und Pflegezentrum I.____ angestellt (vgl. Urk. 8/66). Die Aussetzung der Arbeit erfolgte aus psychischen, nicht aus somatischen Gründen (vgl. etwa Urk. 8/61).

E. 4.2.1

Auch soweit die Beschwerdeführerin kritisieren liess, dass die Auswirkungen der von ihr geklagten somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits fähigkeit niemals abgeklärt oder quantifiziert worden seien, ist ihr nicht zu fol gen. Im A.____ -Gutachten vom 10. April 2012 (Urk. 8/53 /5-29) wurde von den Gut achtern vielmehr ausdrücklich festgehalten, dass auch die unfallfremden soma tischen Gesundheitsbeeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerde führerin als Pflegefachfrau nicht beeinträchtigen würden (vgl. oben E. 3.1). Zu treffend ist zwar, dass das A.____ -Gutachten, das im Rahmen einer unfallversi cherungsrechtlichen Auseinandersetzung eingeholt wurde, den Fokus auf die Frage einer unfallbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit legte; das ändert aber nichts daran, dass die Gutachter auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin ver nein ten. Insbesondere erklärten die Gutachter auch das Heben und Tragen sowie Halte- und Über-Kopf-Tätigkeiten im Rahmen von 100 % als zumutbar (Urk. 8/53 /5-29 S. 17). Angesichts dieser eindeutigen Einschätzung der A.____ - Gut achter und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer zweiten

Anmeldung zu m Leistungsbezug ausschliesslich psychische Beschwerden geltend machte (vgl. Urk. 8/54/5), durfte die Beschwerdegegenerin ohne Weiteres

von neuerlichen somati schen Abklärungen absehen.

Dies deckt sich auch mit der Einschätzung von Gutachter Dr. med. G.____ , Fach arzt für Neurologie FMH, welcher am 14.Oktober 2008 (U rk. 8/36) von geklagte n lokalen, belastungsabhängigen dumpfen Handgelenksschmerzen links berich tete, welche zeitweilig mit Kribbelparästhesien der Finger D I-II

verbunden seien. Im klinischen Befund hätten sich demgegenüber keine Hinweise für eine periphere Nervenschädigung oder ein radikuläres Syndrom ergeben.

Auch der Lokalbefund sei unauffällig gewesen. Es hätten keine trophischen Veränderungen wie bei einem M. Sudeck bestanden. Bei der ergänzenden elektrophysiologischen Untersuchung habe eine periphere Nervenkompression sicher ausgeschlossen werden können. Dr. H. ___ erkannte keine neurologischen Diagnosen und damit auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S.

9). Seither eingetretene Veränderungen sind den Akten nicht zu entnehmen und wurden auch nicht geltend gemacht.

E. 4.3.1

Dr. Y. ___ diagnostizierte - wie in E. 3.4 ausgeführt - eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F.33.1), und ging von einer dadurch verursachten 40%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Dieser Betrachtungsweise schloss sich in diagnostischer Hinsicht im Wesentlichen auch der behandelnde Psychiater, Dr. F. ___ an, wobei er allerdings eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte (vgl. E. 3.5). Die noch im A. ___ -Gutachten gestellte Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung wurde in neuerer Zeit nicht mehr bestätigt (auch nicht vom behandelnden Psychiater). Dr. Y. ___ begründete zudem ausführlich und einleuchtend, weshalb er das Vorliegen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung verneint (vgl. oben E. 3.4). Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode vorliegt.

E. 4.3.2

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

E. 4.3.3

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E).

E. 4.3.4

Aus den Akten ist ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin zwar in psychiatrischer Behandlung befindet, diese Behandlung allerdings nicht intensiv ist. Die Beschwerdeführerin besucht den behandelnden Psychiater nur einmal pro Monat. Antidepressiv wirkende Medikamente nimmt sie nicht ein (Urk. 8/75 S. 8). Sie lehnt solche Medikamente („chemische Produkte“) ab und ist auch gegenüber einer stationären Behandlung ablehnend eingestellt (vgl. Urk. 3). Es ist nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter, Dr. Y.____, diese Behandlung als ungenügend bezeichnete. Dr. Y.____ geht überdies davon aus, dass die depressive Episode unter adäquater medikamentöser Behandlung und nach Intensivierung der ambulanten Psychotherapie auf ein leichtgradiges Ausmass abgesenkt werden könnte. Die medizinisch zu attestierende Arbeitsunfähigkeit würde dann noch 20 % betragen (Urk. 8/75 S. 8 und 10).

Bei dieser Sachlage kann von einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist, im Zeitpunkt der Rentenverneinen die Verfügung nicht gesprochen werden. Angesichts dessen kann invaliden versicherungsrechtlich nicht von einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden; der Umstand, dass medizinisch-theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, ändert daran nichts.

E. 4.3.5

Bei der Beschwerdeführerin liegt keine Krankheit vor, welche invaliden versicherungsrechtlich zur Annahme einer andauernden Arbeitsunfähigkeit führt. Damit ist sie nicht invalid im Sinne des Gesetzes, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens braucht die von der Beschwerdegegnerin im Feststellungsblatt (Urk. 8/76/6) vorgenommene (und zumindest nicht auf Anhieb nachvollziehbare) Qualifikation (50 % erwerbstätig; 50 % im Aufgabenbereich tätig) nicht hinterfragt zu werden, zumal diese Qualifikation keinen Eingang in die angefochtene Verfügung vom 12. November 2014 (Urk. 2) gefunden hat. 5.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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