

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00360 vom 31. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00360

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00360 du 31 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00360 del 31 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

Die 1972 geborene X.____ wurde am 9. Mai 2012 zur Früherfassung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) angemeldet (Urk. 7/2). Am 7. Juni 2012 stellte sie – unter Hinweis auf eine Depression mit Panik und Angststörungen sowie ein Long-QT-Syndrom (LQTS) – ein Gesuch um Leistungen (berufliche Integration, Rente) der IV (Urk. 7/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin einschlägige Abklärungen und teilte der Versicherten am 28. Juni 2012 mit, dass sich berufliche Eingliederungsmassnahmen aufgrund ihres aktuellen Gesundheitszustands als unmöglich erwiesen (Urk. 7/14). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere – berufliche, erwerbliche sowie medizinische

– Abklärungen und zog (wiederholt) die Akten des Kranken taggeldversicherers (Urk. 7/16, Urk. 7/31, Urk. 7/35) bei. Mit Schreiben vom 7. Februar 2013 (Urk. 7/36) forderte sie die Versicherte – unter Hinweis auf deren Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht – auf, sich einer kognitiven Verhaltenstherapie zu unterziehen, ansonsten aufgrund der Akten über ihren Rentenanspruch befunden werde. Am 9. April 2014 teilte sie ihr mit, dass die Eingliederungsberatung abgeschlossen werde, weil Integrationsmassnahmen derzeit nicht möglich seien (Urk. 7/54). Nachdem sie die Versicherte Ende September 2014 von den Ärzten der MEDAS Y.____

polydisziplinär hatte begutachten lassen (vgl. Expertise vom 4. November 2014, Urk. 7/65), verfügte die IV-Stelle am 20. Februar 2015 – in Bestätigung ihres Vorbescheids vom 5. Dezember 2014 (Urk. 7/68) – die Abweisung des Leistungsbegehrens (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 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).

E. 1.3

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. 1.4

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. 1.5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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 allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitserwerbslage erzielen könnte (sogenanntes

Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes

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 (sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Rentenverweigerung damit, dass die im Gutachten der MEDAS Y.____ vom 4. November 2014 (Urk. 7/65) diagnostizierten psychischen Störungen willentlich überwindbar seien und demnach keine invalidisierende Wirkung hätten (Urk. 2 S. 2, Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, gestützt auf die – beweiskräftige – Expertise der MEDAS Y.____ vom 4. November 2014 (Urk. 7/65) sei davon auszugehen, dass sie aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer mittelgradigen depressiven Episode, einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Agoraphobie mit Panikstörung und eines langen QT-Syndroms mit reaktiver Angstsymptomatik lediglich noch in der Lage sei, im Pensum von 50 % einer optimal leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen. Angesichts der konkret bestehenden Einschränkungen falle nur noch eine Beschäftigung in geschütztem Rahmen in Betracht, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente habe. Gehe man trotz der bestehenden Leistungsdefizite von der Verwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aus, so ergebe sich ein – Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründender – Invaliditätsgrad von 65 % (Urk. 1 S. 3 ff.).

E. 3.1

Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 11. Juli 2012 (Urk. 7/28 S. 5-7) eine schwere angstbetonte Depression, ICD-10 F32. 2. Die Beschwerdeführerin, die seit 13. Januar 2012 bei ihr in Behandlung stehe (S. 6), habe nach einer enorm belastenden Zeit (mehrmalige Ohnmachtsanfälle ihrer damals dreizehnjährigen Tochter vor zwei Jahren, schliesslich Feststellung eines LQTS auch bei dieser und darauf folgende Implantation eines Defibrillators) zunehmende Angst- und Depressionssymptome entwickelt (S. 5). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Die Prognose sei unsicher. Die – schon seit über zwei Jahren anhaltende – schwere Depression könne aufgrund des LQTS (medikamentös) nicht adäquat behandelt werden. Es sei möglich, dass sich die Symptomatik unter längerdauernden stressfreien Bedingungen bessern würde (S. 7).

E. 3.2

Gegenüber der IV-Stelle gab Dr. Z.____ am 16. August 2012 an, die Beschwerdeführerin leide seit zirka zwei Jahren an einer zunehmenden mittel schweren bis schweren, angstbetonten Depression, ICD-10 F31.1-2 (Urk. 7/28 S. 1). Wegen Erschöpfbarkeit, Reizüberempfindlichkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

E. 3.3

Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 12. September 2012 eine seit 2009 bestehende

mittelschwere bis schwere angstbetonte Depression. Das überdies seit 1984 vorhandene LQTS und der Status nach kardialer Synkope hätten keinen Einfluss auf das Leistungsvermögen (Urk. 7/29 S. 1). Im Jahr 2009 habe die Tochter der Beschwerdeführerin wegen ventrikulärer Arrhythmien bei einem LQTS einen implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (ICD) erhalten. Seither sei die Beschwerdeführerin psychisch belastet und erschöpft. Allmählich habe sich eine ängstlich-depressive Störung entwickelt. Seit Dezember 2011 träten zudem Panikattacken auf, die sich seit Januar 2012 invalidisierend auswirkten. Seit 15. Januar 2012 sei die Beschwerdeführerin – wegen eingeschränkter Belastbarkeit, Panikattacken sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen – zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 f.). Aktuell könne sie wegen der depressiven Störung nicht arbeiten; die Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht lasse sich aufgrund des Grades der Depression und der Schwierigkeit der Behandlung nicht beurteilen (S. 7).

E. 3.4

Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde die Beschwerdeführerin am 2. November 2012 von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Dieser stellte – gestützt auf die Akten, die telefonischen Auskünfte der behandelnden Psychiaterin Dr. Z.____ sowie die Ergebnisse der eigenen (auch testpsychologischen) Untersuchung – in seiner Expertise vom 30. November 2012 (Urk. 7/31 S. 2-28) folgende Diagnosen (S. 2

E. 3.5

Die behandelnde Psychiaterin Dr. Z.____ diagnostizierte am 30. Dezember 2012 weiterhin eine seit zirka zwei Jahren bestehende mittel schwere angstbetonte Depression (Urk. 7/32 S. 1). Der Befund habe sich nicht verändert. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der

anhaltende starken Erschöpfbarkeit und Reizüberempfindlichkeit sowie wegen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen nach wie vor nicht in der Lage, zu arbeiten (S. 2).

E. 3.6

Nachdem sie die Beschwerdeführerin vom 21. Februar bis 18. April 2013 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Klinik C.____ in ihrem (undatierten) Bericht nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/40 S. 1): - Panikstörung mit Agoraphobie, ICD-10 F40.01 - Schwere depressive Episode, ICD-10 F32.2

Keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus folgenden Diagnosen: - LQTS mit Status nach Arrhythmien, Synkopen, unter Behandlung mit Beta blockern seit Jahrzehnten beschwerdefrei; Cave: Antidepressiva (ausser Johanniskraut) und Neuroleptika sowie Gabapentin / Pregabalin seien kontraindiziert Während des Klinikaufenthalts habe in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Einschränkend auf das Leistungsvermögen wirkten sich die psychopathologischen Symptome aus; generell weise die Beschwerdeführerin aufgrund der kontinuierlich hohen Anspannung vor dem Hintergrund der psychischen Erkrankung eine starke Erschöpfung und eine hohe Ermüdbarkeit auf (S. 2). Die psychopathologischen Symptome führten zu schwergradigen Beeinträchtigungen der Mobilität, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhalte- und Gruppenfähigkeit sowie der Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit. Eine leidensangepasste Tätigkeit (klar strukturierte Arbeitsabläufe, räumliche Distanz zu Mitarbeitern, Möglichkeit, bedarfs gerechte Pausen einzulegen, zu Fuss erreichbarer Arbeitsplatz) sei der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Arbeitszeit von maximal drei Stunden täglich zumutbar. Mittels medizinischer Massnahmen lasse sich die Arbeitsfähigkeit noch verbessern (S. 3).

E. 3.7

In ihrem Bericht vom 29. September 2013 stellte Dr. Z.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/44 S. 1): - Mittelschwere angstbetonte Depression, ICD-10 F32.1-2 - Panikstörung mit Agoraphobie, ICD-10 F40.01 - LQTS Nach dem Aufenthalt in der Klinik C.____ sei es der Beschwerdeführerin subjektiv deutlich schlechter gegangen. Die Prognose sei angesichts des bisherigen Verlaufs – abhängig von äusseren Stressoren – eher ungünstig. Seit 13. Januar 2012 bestehe – aufgrund der Erschöpfbarkeit, der Angstsymptome, der Reizüberempfindlichkeit sowie der Konzentrations- und Gedächtnisstörungen – eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus einer kognitiven Verhaltenstherapie in einer Angstgruppe im zeitlichen Umfang von zwei Stunden wöchentlich, der Gesprächstherapie bei ihr (Dr. Z.____) alle zwei Wochen und der Einnahme von Temesta bei Notwendigkeit (S. 2).

E. 3.8

Die Ärzte des D.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, stellten gestützt auf die Ergebnisse zweier im August 2013 durchgeführter Abklärungsgespräche am 1. Oktober 2013 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/47 S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1, bestehend seit mindestens zwei Jahren - Agoraphobie mit Panikstörung,

ICD-10 F40.01 Der Beschwerdeführerin sei die Teilnahme an der Gruppentherapie für Panik /Agoraphobie im D.____ empfohlen worden. Ihre Arbeitsfähigkeit lasse sich aufgrund der zwei Abklärungsgespräche nicht beurteilen (S. 3).

E. 3.9

Nachdem die Beschwerdeführerin vom 25. September bis 19. November 2013 im D.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, an einer ambulanten Therapie in einer Panikbewältigungsgruppe teilgenommen hatte, diagnostizierten die Ärzte im Abschlussbericht vom 23. Januar 2014 eine Agoraphobie mit Panikstörung, ICD-10 F40.01 (Urk. 7/51 S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sehr aktiv und motiviert an der Gruppentherapie teilgenommen und im Verlauf – auch wenn eine erhebliche Symptomatik fortbestanden habe – über Fortschritte bei der Bewältigung ihrer Panik-Episoden berichtet (S. 2).

E. 3.10

Die Ärzte der MEDAS Y.____ stellten, nachdem sie die Beschwerdeführerin Ende September 2014 allgemein-internistisch, psychiatrisch und kardiologisch untersucht hatten, in ihrem Gutachten

vom 4. November 2014 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/65 S. 39): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 - Mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1 - Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1 - Agoraphobie mit Panikstörung, ICD-10 F40.01 - LQTS mit reaktiver Angstsymptomatik

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen: - LQTS (Erstdiagnose 1993) - Status nach dreimaligen Synkopen - reaktive Angstsymptomatik - familiäre Form mit LQTS bei der Tochter (mit ICD) - Mediale Meniskusläsion und retropatellare Chondropathie Knie rechts - Status nach Schulterluxation rechts - mit radiologischer Hill-Sachs-Läsion Schulter rechts

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gruppenleiterin im Verkauf in der Confiserie-Abteilung der Stiftung E.____

sei sie aufgrund der – objektiv feststellbaren – Angst- und Panikattacken, der depressiven Entwicklung mit den damit verbundenen Einschränkungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit und der eingeschränkten Fähigkeit, die Verantwortung für Behinderte wahrzunehmen, seit 11. Juli 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit lasse sich mit zumutbarer Willensanstrengung nicht überwinden (S. 41 f. und S. 43). In einer leidensangepassten Tätigkeit, bei der sie den Arbeitsweg nicht alleine bewältigen und nie (auch nur für kurze Zeit) alleine arbeiten müsse, bei der sie nicht Autofahren müsse und die keine Sturzgefahr bürge, bestehe noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 42 f.).

E. 3.11

Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, Ärztin des Regionalärztlichen Diensts (RAD) der IV, gelangte in ihrer auf den Akten basierenden Stellungnahme vom 10. November 2014 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit seit 13. Januar 2012 zu 70 bis 80 % und seit 11. Juli 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/67 S. 9). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ab 29. September 2014 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen; allerdings werde die praktische

Umsetzbarkeit dieser Restarbeitsfähigkeit durch die gemäss den Gutachtern der MEDAS Y.____ aktuell bestehende Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, den Arbeitsweg selbst ständig zu bewältigen, massgeblich erschwert (S. 9 f.). 4. 4.1

Aufgrund der zitierten medizinischen Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin in physischer Hinsicht an einem seit 1993 bekannten LQTS leidet, welches unter etablierter Betablocker-Therapie kontrolliert ist und sich als solches nicht auf das

Leistungsvermögen auswirkt (vgl. etwa Urk. 7/29 S. 1, Urk. 7/40 S. 1, Urk. 7/65 S. 39 und S. 48 [aus kardiologischer Sicht angepasst zu 100 % arbeitsfähig], Urk. 7/31 S. 42 f.). 4.2 4.2.1

Was die psychische Symptomatik anbelangt, gelangten die behandelnden und begutachtenden Ärzte – teilweise unter Hinweis auf erhebliche Inkonsistenzen betreffend einerseits die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und andererseits ihr Verhalten (vgl. etwa Urk. 7/31 S. 25) – sowohl hinsichtlich

der Natur der Gesundheitsstörung(en) als auch bezüglich deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu divergierenden Schlüssen. 4.2.2

In Bezug auf die – ausschliesslich von den Gutachtern der MEDAS Y.____ gestellte – Diagnose einer (anhaltenden) somatoformen Schmerzstörung (Urk. 7/65 S. 39) ist darauf hinzuweisen, dass der für die Annahme eines derartigen Leidens als "vorherrschende Beschwerde" verlangte andauernde, schwere und quälende Schmerz (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweis insbesondere auf Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9.

Aufl.

2014, Ziff. F45.4 S. 233) nicht gegeben ist. Zwar geht aus den Akten verschiedentlich hervor, dass die Beschwerdeführerin über gewisse – mit keiner objektivierbaren organischen Ursache zu erklärenden – physische Beschwerden klagt, was denn auch den vom Gutachter Dr. B.____ am 30. November 2012 geäusserten Verdacht auf eine unspezifische Somatisierungstendenz im Sinne einer Symptomausweitung (Urk. 7/31 S. 20) erklärt. Die für eine eigentliche somatoforme Störung nach ICD-10 F45 charakteristische wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind

(Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, a.a.O., Ziff. F45 S.

233), ist bei der Beschwerdeführerin indes eindeutig nicht ausgewiesen. Insofern erstaunt auch nicht, dass keiner der (auch stationär [vgl. Bericht Klinik C.____, Urk. 7/40]) behandelnden Ärzte je auch nur differentialdiagnostisch eine somatoforme (Schmerz-)Störung feststellte.

Anzu-merken ist in diesem Zusammenhang, dass das im von den Gutachtern der MEDAS Y.____ durchgeführten PACT-Test (der die Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit wiedergibt) erreichte schlechte Ergebnis (kein verwertbares Arbeitspotenzial, selbst in einer leichten sitzenden Tätigkeit; Urk. 7/65 S. 25) in deutlichem Widerspruch steht zur im Alltag effektiv gezeigten physischen

Leistungsfähigkeit. So ist die Beschwerdeführerin na mentlich

– jedenfalls mit Pausen – in der Lage, die im Haushaltsbereich anfallenden Arbeiten zu verrichten (Urk. 7/11 S. 3 , Urk. 7/31 S. 8) , führt regelmässig während 20 Minuten Körperübungen am Gerät durch (Urk. 7/31 S. 43) und erleidet aufgrund der Rückenbeschwerden ihres Ehemanns sämtliche Gartenarbeiten alleine (Urk. 7/ 31 S. 7 und S. 8) . 4.2.3

Hinsichtlich der – ebenfalls einzig – von den Gutachtern der MEDAS Y.____ festgestellten posttraumatischen Belastungsstörung ist festzuhalten, dass die fragliche Diagnose ausschliesslich auf den – von ihren früheren Beschwerden

deutlich abweichenden – Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der einstündigen (Urk. 7/65 S. 25) psychiatrischen Exploration beruht (Urk. 7/65 S. 27 und S. 28) und schon aufgrund des Fehlens jeglicher Anhaltspunkte für ein derartiges Leiden in sämtlichen im Laufe der Jahre ergangenen weiteren medizinischen Berichten

als unwahrscheinlich erscheint. Anzumerken ist, dass einer posttraumatischen Belastungsstörung gegebenenfalls ohnehin keine invalidisierende Wirkung zukäme, da es sich beim auslösenden Vorfall (nicht selbst miterlebte lebensbedrohliche Synkope der Tochter mit so fortiger adäquater medizinischer Behandlung und danach gutem Verlauf [vgl. etwa Urk. 7/28 S. 7, Urk. 7/29 S. 2, Urk. 7/65 S. 26]) um kein traumatisches Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere handelte (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6 in fine und E. 7 mit Hinweisen) . 4.2.4

Was sodann die

(nicht nur von den Experten der MEDAS Y.____ , sondern auch von den weiteren Ärzten festgestellte)

Angst- und depressive Symptomatik anbelangt, geht aus den Akten hervor, dass das Beschwerdebild

wesentlich durch - grundsätzlich invaliditätsfremde und daher bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs auszuklammernde (E. 1.3) - psychosoziale

Belastungsfaktoren

ausgelöst wurde und seither von solchen geprägt ist. Namentlich zu erwähnen sind dabei das kardiale Leiden der Tochter, die schwere Herzerkrankung der Mutter, der vom Vater erlittene Schlaganfall, der Verlust der Stelle, das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren (nicht nur der Beschwerdeführerin selbst, sondern auch der Tochter und des an Rückenbeschwerden leidenden Ehemanns , dessen Anspruch auf Leistungen der IV das hiesige Gericht zwischenzeitlich mit in der Folge unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Urteil vom 10. Dezember 2014 im Prozess Nr. IV.2013.00736 verneint hat) , finanzielle Probleme, die unsichere Zukunft sowie die erfolglose Stellensuche der Tochter (Urk. 7/28 S. 5, Urk. 7/29 S. 2, Urk. 7/31 S. 3, S. 5, S. 9, S. 15, S. 22 und S. 25, Urk. 7/65 S. 27).

Es ist daher davon auszugehen, dass die wesentlich durch ungünstige psychosoziale Umstände geprägte

psychische Störung der Beschwerdeführerin bei Wegfall der Belastungsfaktoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder verschwände . Die behandelnde Psychiaterin Dr.

Z.____ machte den Eintritt einer Besserung denn auch – von Anfang an – von länger dauernden ” stressfreien Bedingungen “ abhängig, wobei sie darauf hinwies, dass die Beschwerdeführerin auf jeden Kontakt mit ihrer (damaligen) Arbeitgeberin und mit Versicherungen mit einer Verschlechterung der Symptomatik reagiere (vgl. Bericht vom 11. Juli 2012, Urk. 7/28 S .

7). Am 29. September 2013 betonte Dr. Z.____ erneut, dass die weitere Entwicklung, wie schon der bisherige Heilverlauf, von ” äusseren Stressoren ” abhängig und die Prognose damit eher ungünstig sei (Urk. 7/44 S. 2). Sowohl die depressive als auch die Angststörung sind daher jedenfalls nicht von invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz.

Daran vermag die Schwere des auslösenden Vorfalls (kardiale Synkope ihrer Tochter) – entgegen den einschlägigen Ausführungen der Gutachter der MEDAS Y.____

(Urk. 7/65 S. 31) – nichts zu ändern .

Betreffend die mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) , wie sie die Gutachter der MEDAS Y.____

diagnostizierten (Urk. 7/65 S. 39), beziehungsweise die von den Psychiatern des D.____ festgestellte rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; Urk. 7/47 S. 1) , ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass schon das Aktivitätsniveau und das familiäre Engagement der Beschwerdeführerin gegen eine (invaliden - versicherungsrechtlich relevante) Leistungseinbusse aufgrund der fraglichen Symptomatik spricht (vgl. hierzu BGE 140 V 290 E.3.3.2 mit Hinweis). Zu erwähnen ist dabei etwa, dass die Beschwerdeführerin über einen gut strukturierten Tagesablauf verfügt , täglich (zusammen mit ihrem Ehemann und ihrer Tochter) sämtliche im Haushalt anfallenden Arbeiten erledigt, soziale Kontakte (auch) ausserhalb der Familie pflegt , fast täglich spazieren geht sowie liest, Musik hört, sich gerne Filme (im TV und auch im Kino) anschaut und ihre Tochter bei der Suche einer Stelle unterstützt (Urk. 7/31 S. 8; Urk. 7/65 S. 20 f.) . Zudem verneint das Bundesgericht die invalidisierende Wirkung derartiger depressiver Störungen regelmässig (vgl. hierzu etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3.

April 2014 E. 4.2 , 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 und 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2 , je mit Hinweisen).

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang , dass es sich bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, um eine Rechtsfrage handelt, deren Beantwortung folglich nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden obliegt (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2

E. 5

): - Panikstörung, ICD-10 F41.0 - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, ICD-10 F43.21 - Verdacht auf unspezifische Somatisierungstendenz im Sinne einer Symptomausweitung

Eine mittelschwere oder gar schwere depressive Störung sei aktuell gänzlich auszuschliessen und habe wohl auch früher nicht vorgelegen (S. 20). Die Prognose bei einer Panikstörung sei bei geeigneter psychotherapeutischer Behandlung grundsätzlich gut, und die Beschwerdeführerin verfüge durchaus über Ressourcen. Die Dauer der Erkrankung, insbesondere die bis anhin ungenügende Behandlung, die Überzeugung der

Explorandin, dass die Prognose „ganz, ganz schlecht“ sei, das psychosoziale Umfeld mit zwei IV-Fällen in der Familie (Ehemann und Tochter), die „Verstärkung durch den Ehemann“, die Herzerkrankung von Tochter und Mutter sowie eine beginnende Symptomausweitung mit körperlichen Beschwerden seien prognostisch ungünstige Faktoren (S. 22 und S. 27). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei aufgrund der festgestellten Inkonsistenzen und der medizinalfremden Faktoren schwierig; es sei – nach erfolgter Behandlung (kognitive Verhaltenstherapie, idealerweise in stationärem Rahmen [S. 25]) mit einer zunehmenden Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 24). Insgesamt seien für den bisherigen ungünstigen Verlauf und die Einschränkungen – massgeblich, aber nicht überwiegend – medizinalfremde Faktoren sowie die bisher ungenügende Behandlung der Panikstörung verantwortlich (S. 25).

E. 007

vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1); die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachter der MEDAS Y.____

(Urk. 7/65 S.

32) sind daher nicht von Relevanz.

Hinsichtlich der Agoraphobie mit Panikstörung schliesslich vermag nicht einzu leuchten, dass die Gutachter der MEDAS Y.____

insofern von einer einschränkenden Auswirkung dieser Störung auf das Leistungsvermögen ausgingen, als es der Beschwerdeführerin – bei 100%iger Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit – unzumutbar sei, den Arbeitsweg alleine zu bewältigen und (auch nur kurzzeitig) alleine zu arbeiten (Urk. 7/65 S. 42). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin, die nicht Auto fährt (Urk. 7/31 S. 8), imstande ist, die alle zwei Wochen stattfindenden Konsultationen bei ihrer Psychiaterin Dr. Z.____ selbständig wahrzunehmen und dementsprechend den Weg zwischen ihrem Wohnort in G.____ und der Praxis der genannten Ärztin in H.____

alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Zug und/oder Bus)

zu bewältigen (Urk. 7/31 S. 14), ist davon auszugehen, dass sie auch in der Lage ist, sich ohne Begleitung an einen Arbeitsplatz und wieder nach Hause zu begeben sowie bei der Arbeit zu mindest zeitweise alleine zu sein. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Agoraphobie mit Panikstörung ist im Übrigen auch deshalb zu verneinen, weil die

– durchaus über Ressourcen verfügende (Urk. 7/65 S. 32) – Beschwerdeführerin, die sozial gut integriert ist und häufige Kontakt zu zwei sehr guten Freundinnen, zu Kollegen und Kolleginnen sowie zu ihren Nachbarn pflegt (Urk. 7/65 S. 32, Urk. 7/11 S. 3, Urk. 7/31 S. 8), imstande ist, ein- bis zweimal pro Jahr

(in der Regel) mit dem Zug oder Flugzeug nach I.____

zu reisen (Urk. 7/31

S. 6 und S. 9) und Freizeitaktivitäten wie etwa Kinobesuche wahrzunehmen

(Urk. 7/31 S. 8). 4.3

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin

– selbst unter der Annahme, dass ihre psychischen Beschwerden lediglich teilweise durch ungünstige psychosoziale Faktoren bedingt seien (Urk. 7/31 S. 25) – weder aus psychischer noch aus physischer Sicht eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweist. Die von der IV-Stelle verfügte Leistungsverweigerung erweist sich demnach als rechtmässig. 5.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 900.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

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