

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01078 vom 22. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01078 du 22 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01078 del 22 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, hat eine Ausbildung zur Verkäuferin absolviert (Urk. 7/1/13) und ist seit dem 1. Januar 2012 bei der Y.____ als Mitarbeiterin in der Administration und Produktion angestellt (Urk. 7/105; Urk. 7/126/10 f.). Unter Hinweis auf Darmprobleme nach dreimaliger Operation sowie eine Angsterkrankung hatte sie sich am 11. April 2011 bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug angemeldet (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte in der Folge nebst Auszügen aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 7/7; Urk. 7/125) insbesondere diverse Arztberichte (Urk. 7/11-63) sowie Arbeitgeberfragebögen ein (Urk. 7/9 f.).

Mit Vorbescheid vom 21. Juli 2011 stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/86), wogegen die Versicherte am 2. August 2011 Einwand erhob (Urk. 7/90). In der Folge zog die IV-Stelle Unterlagen der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/101 f.) und gab bei der MEDAS Z.____ ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag (MEDAS-Gutachten vom 21. Februar 2014; Urk. 7/126).

Mit Vorbescheid vom 10. April 2014 kündigte die IV-Stelle erneut an, dass sie gedenke, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/129), wogegen die Versicherte wiederum Einwand erhob (Urk. 7/133+139). Nach Eingang einer Stellungnahme der MEDAS Z.____ (Urk. 7/147) sowie eines weiteren psychiatrischen Gutachtens (Urk. 7/158) verfügte die IV-Stelle schliesslich am 18. September 2015 im angekündigten Sinne (Urk. 7/161 = 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 aus schliesslich 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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundes gerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden aus geglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.4

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxis änderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; v gl. Urteile des Bund

esgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Ist eine mittelgradige depressive Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichtes 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

Eine leichte depressive Episode stellt nach der Gerichtspraxis keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichtes 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Persönlichkeitsstörungen können aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchungen klar diagnostiziert werden (vgl. BGE 139 V 547 E. 7.1.4; vgl. Rz 1003 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG [KSSB] in der ab 1. Januar 2016 gültigen Fassung). Sie zählen recht sprechungsgemäss nicht zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 ist auf Persönlichkeitsstörungen nicht anwendbar (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_730/2015 vom 24. Februar 2016 E. 4.1 und 8C_6/2016 vom 3. Februar 2016 E. 4.2.3).

E. 1.5

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

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 19. Oktober 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Gleichzeitig ersuchte die Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie Rechtsvertretung (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2015 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Nachdem die Versicherte ergänzende Unterlagen betreffend ihre finanziellen Verhältnisse eingereicht hatte (Urk. 8-10), wurde das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung mit gerichtlicher Verfügung vom 10. Dezember 2015 abgewiesen (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2015 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass es sich bei den im konkreten Fall ausgewiesenen Diagnosen um überwindbare Gesundheitsschäden handle, welche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant seien. Aus diesem Grund bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 2 f.).

E. 2.2

Die Versicherte entgegnete in ihrer Beschwerdeschrift vom 19. Oktober 2015 (Urk. 1), dass in allen Gutachten und Arztberichten durchgehend Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien. Es werde bestritten, dass ein überwindbarer Gesundheitsschaden vorliege (S. 6). Zusätzlich brachte die Beschwerdeführerin vor, dass sich die IV-Stelle nicht in rechtsgenügender Weise mit dem vorliegenden Fall auseinandergesetzt habe. Dies betreffe einerseits die depressive Erkrankung, andererseits aber auch die mit psychiatrischem Gutachten vom 12. November 2011 attestierte somatoforme Störung. Die IV-Stelle habe eine blosser Behauptung der angeblichen Überwindbarkeit aufgestellt, dabei allerdings zu Unrecht die mit diesem Aspekt zusammenhängenden Fragen nicht abgeklärt (S. 7 f.). Auf Basis der Aussagen der Gutachter sei zudem erstellt, dass der Beschwerdeführerin aus medizinischen Gründen ein höheres Arbeitspensum als 60 % nicht zumutbar sei, da es ansonsten zu einer gesundheitlichen Verschlechterung kommen würde (S. 9). Offensichtlich unrichtig und haltlos sei sodann mit Blick auf das psychiatrische Gutachten vom 30. Juni 2015 die Aussage in der angefochtenen Verfügung, wonach die geschilderte Energielosigkeit weder bei der Untersuchung noch beim geschilderten Tagesablauf hätte festgestellt werden können (S. 9 f.). Zusammenfassend seien die Voraussetzungen für die Zusprechung von Rentenleistungen erfüllt, da eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert worden sei (S. 10). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand der Versicherten lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen:

Am 27. August 1999 diagnostizierte Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, bei der Beschwerdeführerin einen wechselhaften Schwindel bei Verdacht auf chronisch rezidivierende Hyperventilation, eine chronifizierte Migräne mit Aura bei Analgetika-Abusus sowie einen Nikotin-Abusus (Urk. 7/62/1). Es beständen Anzeichen für eine Belastungssituation oder eventuell eine larvierte Depression, da die Versicherte über Schlafstörungen, Energielosigkeit, Tagesmüdigkeit sowie rasche Ermüdbarkeit geklagt habe (Urk. 7/62/3). 3.2

Vom 13. Juli bis 10. August 2000 war die Beschwerdeführerin auf der psycho somatischen Abteilung der B.____ hospitalisiert. Mit Bericht vom 1. September 2000 wurden insbesondere die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 7/57/1): - Gemischte dissoziative Störung (Konversionsstörungen; ICD-10 F44.7) mit Nausea, Inappetenz, Gewichtsverlust, chronischer Obstipation, Laxantien-Abusus, Kopfschmerzen sowie teilweise auch anorektischer Symptomatik - Längere depressive Reaktion mit Suizidalität (ICD-10 F43.21) - Anamnestisch chronifizierte Migräne ohne Aura bei Analgetika-Abusus

Im Vordergrund sei für die Versicherte die Behandlung der Depression gestanden. Von Beginn an habe sie jedoch eine grosse Ambivalenz gegenüber den Therapien gezeigt. Gleichzeitig habe sie unter hohem Leidensdruck gestanden und sei rezidivierend akut suizidal gewesen. Diverse medikamentöse Versuche, die quälende Übelkeit anzugehen, seien fehlgeschlagen. Insgesamt hätten die Therapieangebote und Strukturen nicht den Erwartungen der Beschwerdeführerin entsprochen, weshalb sie ein ambulantes Setting vorgezogen habe. Im Zeitraum der stationären Behandlung habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und anschliessend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/57/4 f.). 3.3

Infolge eines durch Laxantien-Abusus verursachten Rectalprolapses sowie eines Dolichocolons unterzog sich die Versicherte am 10. September 2002 im C.____ einem operativen Eingriff, welcher gemäss Bericht der Klinik vom 19. September 2002 sehr gut verlaufen sei (Urk. 7/49). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 23. Januar 2005 namentlich die folgenden Diagnosen fest (Urk. 7/38/1): - Häufige Übelkeit im Sinne einer autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts (ICD-10 F45.3) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert unter Antidepressiva-Medikation (ICD-10 F33.4) - Panikstörung mit ausgeprägter Hyperventilation, aktuell weitgehend remittiert (ICD-10 F41.0) - Anamnestisch gemischte Essstörung mit Symptomen einer Anorexia nervosa und atypischen Bulimia nervosa (ICD-10 F50.1 und F50.3)

Sämtliche Symptome seien vor dem Hintergrund einer emotional instabilen Persönlichkeit (Borderline-Typ) zu interpretieren, wobei nicht von einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung gesprochen werden könne. Hierzu müsse die Lebensbewältigung deutlicher eingeschränkt sein. Grundsätzlich empfehlenswert sei die Fortführung der bisherigen hausärztlichen, medikamentösen sowie psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 7/38/3). Eine stationäre Behandlung erachtete Dr. D.____ aus verschiedenen Gründen für kontraproduktiv (Urk. 7/38/4). 3.5

Zum Zweck einer Operation eines Divertikels des Dünndarms war die Versicherte vom 23. November bis 23. Dezember 2008 im E.____ hospitalisiert (Urk. 7/28/1). Infolge eines Salmonellen- und Wundinfekts kam es in der Folge von Dezember 2008 bis Januar 2009 zu

weiteren spitalärztlichen Behandlungen (Urk. 7/26 f.). 3.6

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Arztbericht vom 17. Mai 2011 aus, dass sich insbesondere rezidivierende depressive Episoden, eine transformierte Migräne sowie eine Essstörung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirken würden (Urk. 7/11/3). Vom 16. August 2010 bis 24. Januar 2011 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 11. April 2011 betrage diese zufolge besserungsfähigen Gesundheitszustandes noch 33 % (Urk. 7/11/4). Dr. F.____ attestierte indes am 16. August 2011 eine seit dem 4. Juli 2011 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei in absehbarer Zeit nicht möglich (Urk. 7/93). 3.7

Dr. D.____ hielt in seinem Bericht vom 26. September 2011 fest, dass seit August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Das aktuelle Beschwerdebild sei geprägt durch ständige Übelkeit bis zum Erbrechen, phobische Angst vor dem Erbrechen, sozialphobische Symptome, Panikattacken, Alpträume, ein mittelgradig depressives Syndrom mit depressiver Verstimmung, Antriebs- und massivem Energiemangel, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Libidomangel sowie Zukunftsängsten (Urk. 7/94/2). 3.8

Dem psychiatrisch/psychologischen Gutachten der G.____, vom 12. Dezember 2011 lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (Urk. 7/102/16): - Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastro-intestinaltrakts (ICD-10 F45.3) - Spezifische (isolierte) Phobie, Emetophobie (ICD-10 F40.2) - Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) - Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig leichte Episode unter medikamentöser Behandlung (ICD-10 F33.0) - Kombinierte (selbstunsichere, zwanghafte, Borderline) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)

Die Versicherte sei anlässlich der Untersuchung wach, bewussteinklar und zu den Qualitäten Person, Situation, Zeit und Ort vollständig orientiert gewesen. Der Gedankengang sei geordnet gewesen und es hätten sich keine Anhaltspunkte für Ich- oder Wahrnehmungsstörungen finden lassen. Im Gespräch sei die Beschwerdeführerin aufgeschlossen und freundlich und ihr Verhalten situationsadäquat gewesen. Die emotionale Schwingungsfähigkeit habe sich als beeinträchtigt erwiesen, gestische Mitbewegungen seien nur spärlich eingesetzt worden. Die Stimmung sei deutlich deprimiert, die mimische Beweglichkeit in ihrem Spektrum eingeschränkt und der Antrieb reduziert gewesen. Eine floride Suizidalität habe nicht bestanden. Die Auffassung für die besprochenen Themen sei intakt gewesen und es hätten sich keine sicheren Einschränkungen der Gedächtnisleistungen erkennen lassen. Ebenfalls nicht beeinträchtigt gewesen seien die Konzentration und Ausdauer. Durch interne und externe Reize sei die Versicherte nicht ablenkbar gewesen. Zudem habe keine Beeinträchtigung durch Ängste, Phobien, Zwänge oder paranoide Ideen vorgelegen. Raschen Themenwechseln habe die Beschwerdeführerin gut folgen und problemlos Bezug zu zuvor besprochenen Themen herstellen können. Die Intelligenz liege im Durchschnittsbereich. Hinweise für eine Störung der verbalen oder bildlichen Auffassung hätten sich nicht ergeben (Urk. 7/102/9 f.).

Der klinische Befund und die Ergebnisse der psychometrischen Testung würden für das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung sprechen. Deren vorliegende Ausprägung sei geeignet, die berufliche Leistungsfähigkeit erheblich zu mindern. Die Versicherte sei aber an einem Therapieerfolg interessiert und motiviert, ihren Genesungsprozess voranzutreiben. Die bisher partielle Remission der Symptomatik sei als Ausdruck einer

Wirksamkeit der verordneten Psychopharmaka sowie der psychologischen Betreuung zu inter pretieren. Angesichts des aktuellen Befundes sei die Arbeitsfähigkeit nun mehr schrittweise steigerbar. Es werde eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab dem 1. Januar 2012 vorgeschlagen. Zu empfehlen sei eine langsame monat liche Steigerung in 20%-Schritten, womit ab Mai 2012 eine volle Arbeits fähigkeit erreicht werden könne (Urk. 7/102/16 f.). 3.9

Dr. D.____ führte in seinem Bericht vom 9. August 2012 an, dass sich die Versicherte im Verlauf des letzten Jahres deutlich in ihrer Befindlichkeit habe bessern können. Die Erwerbstätigkeit im Geschäft ihres Lebenspartners erscheine optimal. Seit Juni 2012 arbeite sie zu einem 50%-Pensum und möchte dieses über die folgenden Monate bis auf etwa 90 % steigern. Unter den aktuellen Bedingungen würden beste Voraussetzungen bestehen, dass sie ihr Ziel auch erreiche. Dr. D.____ sehe die Versicherte nur etwa alle zwei Monate, ab und zu finde ein Telefonat statt. Dies scheine als therapeutische Unterstützung zu genügen und die Medikation werde weitgehend unverän dert weitergeführt (Urk. 7/112/1). 3.10

Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 21. Februar 2014 führt sodann die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

Nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden sich dagegen namentlich die atypische Anorexia nervosa (ICD-10 F50.1), die seit Jahren bestehende Obstipation mit Laxantien-Abusus sowie der chronische Dauerkopfschmerz durch Triptan-Übergebrauch (Urk. 7/126/22).

Aus allgemein-internistischer Sicht hätten sich aufgrund der Begutachtung mit körperlicher Untersuchung und unter Berücksichtigung der Aktenlage keine Auffälligkeiten oder Funktionsbeeinträchtigungen feststellen lassen. Die Versicherte sei zu 100 % leistungsfähig und das Zeitpensum liege bei 8.5 Stunden pro Tag. Dies gelte auch hinsichtlich der retrospektiven Bewertung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/126/19).

Gastroenterologisch hätten sich ebenfalls keine relevanten klinischen Befunde ergeben, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einschränken würden. Die Laborbefunde seien durchwegs normal gewesen und hätten keine weiteren, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden medizinischen Aspekte geliefert (Urk. 7/126/20).

In neurologischer Hinsicht wurde ausgeführt, dass sich keine Ursache des leistungsmindernden vorschnellen Erschöpfungssyndroms habe feststellen lassen. Anamnestisch würden sich keine Hinweise auf eine Hypersomnie, ein Schlafapnoe-Syndrom oder ein Restless-Legs-Syndrom ergeben. Zudem spreche der neurologische Befund weder für das Vorliegen einer multiplen Sklerose noch für eine Tumor- oder Autoimmunerkrankung. Anlässlich der Begutachtung habe im Weiteren kein besonderer Leidensdruck durch die Kopfschmerzsymptomatik ermittelt werden können. Insgesamt sei die Leis tungsfähigkeit der Versicherten bei vollem Arbeitspensum nicht einge schränkt. Dies gelte im Zeitverlauf seit März 2011 sowohl für die ange stammte Tätigkeit als auch für Verweistätigkeiten (Urk. 7/126/20).

In Bezug auf die psychischen Funktionen hätten sich im Bereich der Aktivitä ten und Partizipation leichte Störungen gezeigt. Die Versicherte ver füge zwar über gute persönliche Ressourcen und Ehrgeiz. Das Lernen und die Wissensanwendung seien

ebenfalls nicht wesentlich beeinträchtigt. Aller dings könne es bei der Erledigung von Aufgaben zu Störungen der Aufmerksamkeitsfokussierung kommen. Auch bei der Bewältigung der allgemeinen Aufgaben könne die Beschwerdeführerin zeitweilig mit Stress nur unzureichend umgehen. In der Kommunikation mit ihr nicht vertrauten Personen könnten Defizite entstehen. Ferner sei es möglich, dass in interpersonellen Interaktionen und dem Gemeinschaftsleben in problematischen Situationen ebenfalls Störungen auftreten, welche zu Konfliktsituationen führen könnten. In Bezug auf die Durchhaltefähigkeit bestehe gegenwärtig eine leichte bis mittelgradige Beeinträchtigung. Die Mobilität, die Selbstversorgung sowie das häusliche Leben seien hingegen nicht eingeschränkt. Aktuell sei von einer deutlichen Verbesserung der früher bestehenden psychopathologischen Auffälligkeiten auszugehen. Es sei damit zu rechnen, dass die Versicherte ab Ende Oktober 2013 wieder in der Lage sein werde, ihr Arbeitspensum auf 50 % zu steigern. In weiteren 10%-Schritten könne dann bis Ende 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Die weiter zurückliegenden Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit seien medizinisch begründet und auch auf Basis der aktuellen psychiatrischen Untersuchung nachvollziehbar. Eine psychotherapeutische Führung sei weiterhin unerlässlich (Urk. 7/126/21 f.). 3.11

Dr. D.____ bezog mit Schreiben vom 28. Juli 2014 zum MEDAS-Gutachten Stellung. Die meisten Aspekte, die er für wichtig erachte, seien im Gutachten berücksichtigt worden, wobei er allerdings mit deren Gewichtung durch den Gutachter nicht einverstanden sei (Urk. 7/138/1). Die retrospektiv gestellte Diagnose einer gemischten Angst- und depressiven Störung (ICD-10 F41.2) weiche von derjenigen gemäss Gutachten der G.____ vom 12. Dezember 2011 (E. 3.8) ab, ohne dass dies begründet werde. Zudem werde keine Stellung dazu genommen, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ein optimistischer Verlauf prognostiziert worden sei, welcher durch die Versicherte aber nicht hätte eingehalten werden können. Die Einschätzung, dass ab Sommer 2014 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, erachtete Dr. D.____ als blosser Vermutung und illusorisch. Dies lasse sich aber nur schwierig in objektiver Weise psychiatrisch begründen. Als Indiz für eine sehr langsame Besserung lasse sich der bisherige langjährige Krankheitsverlauf anführen (Urk. 7/138/2). Die Versicherte bringe zur Überwindung ihrer Problematik vergleichsweise gute Bedingungen und eine gute innere Einstellung mit. In der Vergangenheit habe sich jedoch gezeigt, dass dies leider nicht genüge. Die Beschwerdeführerin wolle es schaffen und simuliere beziehungsweise aggraviere nicht; sie schaffe es einfach nicht (Urk. 7/138/3). 3.12

In ihrer Stellungnahme vom 26. November 2014 hielt die MEDAS Z.____ in der Folge fest, dass die Meinung des Gutachters nicht zwingend mit den Ansichten des behandelnden Arztes übereinstimmen müsse, welcher bestimmte Aspekte anders gewichte. Die Gutachter hätten sich zu den von ihnen gestellten Diagnosen ausführlich geäussert und sich auch mit differenzialdiagnostischen Gesichtspunkten auseinandergesetzt. Der neu eingereichte Bericht von Dr. D.____ ändere an den gutachterlichen Schlussfolgerungen nichts (Urk. 7/147/2). 3.13

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, benannte in seinem Gutachten vom 30. Juni 2015 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/158/18): - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) - Rezidivierende depressive Störung, Status nach mittelgradigen Episoden, gegenwärtig leichtgradige Episode mit Somatisierungsneigung (ICD-10 F33.0) - Status nach Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0) und Panikstörung

Anlässlich der Untersuchung habe sich gelegentlich eine sehr ausgeprägte affektive Instabilität mit Ausbrüchen intensiver Affekte, insbesondere von Verzweiflung und Traurigkeit, gezeigt. Die aggressiven Affekte seien weniger ausgeprägt und es bestünden keine aggressiven Impulsdurchbrüche. Die Versicherte sei eher aggressionsgehemmt, wobei sie zur Wendung der Aggressivität gegen die eigene Person (Armschnitte in der Adoleszenz) tendiere. Im Weiteren seien im Rahmen der Begutachtung vor allem Müdigkeit, Energielosigkeit, Verzweiflungsanfälle sowie Somatisierungskomponenten mit Schwindel, Übelkeit, Schmerzen in beiden Schienbeinen sowie Kopfschmerzen feststellbar gewesen (Urk. 7/158/18).

Unter Berücksichtigung aller aktuellen Untersuchungsbefunde lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % seit Sommer 2013 für die derzeit ausgeübte Tätigkeit in der Administration und Produktion begründen. Ein Arbeitspensum von 100 % wäre der Versicherten jedoch nicht zuzumuten. Sie leide schnell an Übermüdung, an Einbussen in Bezug auf die Konzentration und die Durchhaltefähigkeit sowie an von Verzweiflung begleiteter Überforderung. Infolgedessen würde die Beschwerdeführerin der Arbeit fernbleiben und es wäre eine Exazerbation der depressiven Entwicklung und der Persönlichkeitsstörung zu befürchten (Urk. 7/158/20 ff.). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin vor, dass eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 % attestiert worden sei, weshalb die Voraussetzungen für die Zusprennung von Rentenleistungen erfüllt seien (vgl. E. 2.1 f.). 4.2

Die Versicherte wurde erstmals im Dezember 2011 psychiatrisch begutachtet (E. 3.8). Diese Expertise basiert auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen. Die Beschwerdeführerin wurde einerseits eingehend zu diversen Themenbereichen - namentlich zu ihrer Biographie, der aktuellen sozialen Situation sowie den psychischen Beschwerden - befragt (Urk. 7/102/2 ff.). Zusätzlich wurden zwecks Erhebung des psychischen Gesundheitszustandes verschiedene Tests durchgeführt (Urk. 7/102/10 ff.) und ein Bericht des behandelnden Psychiaters beigezogen (Urk. 7/102/8 f.). Unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden wurden sodann die gestellten Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in schlüssiger Weise aufgezeigt und erörtert (Urk. 7/102/16 f.). Zusammengefasst erfüllt das Gutachten der G.____ somit sämtliche praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert von medizinischen Expertisen (vgl. E. 1.6). Die Parteien bringen in diesem Zusammenhang soweit ersichtlich denn auch keine konkreten Einwände vor.

Abzustellen ist demzufolge auch auf die im Gutachten genannte und für jedwede Tätigkeit geltende (Urk. 7/102/19) Einschätzung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sie beträgt ab Januar 2012 20 % und kann hiernach monatlich in 20%-Schritten gesteigert werden, womit ab Mai 2012 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist (E. 3.8). Aus nachvollziehbaren Gründen wurde die Prognose als gut bezeichnet, da die Versicherte glaubhaft und motiviert an ihrem Genesungsprozess gearbeitet hatte. Ausserdem ist die bisher erreichte partielle Remission der Symptomatik Ausdruck der Wirksamkeit der verordneten Psychopharmaka sowie der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, welche fortgeführt werden soll (Urk. 7/102/17+20). 4.3

Aus den medizinischen Akten lässt sich entnehmen, dass die Versicherte von August 2010 bis Dezember 2011 - folglich länger als ein Jahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; E. 1.2) - aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig war (Urk. 7/11/4; Urk. 7/93; Urk. 7/94/2). Dem widersprechen denn auch die Gutachter der G.____ nicht, wenn sie ausführen, dass die Versicherte (erst) ab Januar 2012 wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne (E. 4.2 hiavor). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG und die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Anspruch hierauf entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Die Beschwerdeführerin hat sich im April 2011 zum Rentenbezug angemeldet (Urk. 7/2) und das Wartejahr war im August 2011 abgelaufen, weshalb ihr ab Oktober 2011 infolge 100%iger Arbeitsunfähigkeit eine volle Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen ist. Ausgehend von der massgebenden medizinisch-theoretischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die G.____ ist indes jeweils für die Monate Februar (40%ige Arbeitsfähigkeit), März (60%ige Arbeitsfähigkeit) und April 2012 (80%ige Arbeitsfähigkeit) von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten auszugehen. In Anwendung von Art. 28 Abs. 2 IVG (E. 1.2) sowie Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) steht der Beschwerdeführerin somit für Mai 2012 nur mehr eine Dreiviertelrente und für Juni 2012 noch eine Viertelsrente zu. Ab Juli 2012 entfällt der Rentenanspruch zur Gänze. 4.4

4.4.1

Diese Beurteilung hält auch den Rügen der Beschwerdeführerin stand. So bringt sie in ihrer Beschwerdeschrift vor, dass alle im vorliegenden Fall involvierten Gutachter in Kenntnis der persönlichen Ressourcen und der konkreten Lebensumstände der Beschwerdeführerin eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten (Urk. 1 S. 8 und 10). Dieser Einwand widerspricht indes insofern der medizinischen Aktenlage, als weder die G.____ (vgl. E. 4.2 hiavor) noch die MEDAS Z.____ zum Schluss kamen, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % gegeben sei. Letztere bestätigte mit ihrer Einschätzung im Februar 2014 vielmehr, dass die Versicherte durch psychotherapeutische Behandlung wieder ihre volle Arbeitsfähigkeit erreichen könne (E. 3.10). Die weitere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS Z.____ erweist sich allerdings aus verschiedenen Gründen als nicht überzeugend. Einerseits finden sich Widersprüche in der Beurteilung, ab welchem Zeitpunkt die Versicherte wieder zu 100 % arbeitsfähig sein wird (Urk. 7/126/17 [spätestens ab Mitte 2014]; Urk. 7/126/16 u. 18 u. 23 [spätestens ab Ende 2014]). Andererseits wurde massgeblich darauf abgestellt, zu welchem Pensum die Versicherte faktisch im Zeitpunkt der Untersuchung tätig war, ohne dass sich der psychiatrische Gutachter mit der vorangegangenen Einstufung der Arbeitsfähigkeit durch die G.____ (E. 3.8) auseinandergesetzt oder dargelegt hat, weshalb diese nicht überzeugt. Dies erschliesst sich umso weniger in Anbetracht des Umstandes, dass im psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens vergleichbare Diagnosen - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) sowie eine Angststörung (gemischte Angst- und depressive Störung [ICD-10 F41.2] respektive Angst und depressive Störung gemischt [ICD-10 F41.2]) - mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit genannt wurden (vgl. E. 3.8 und 3.10).

Dr. H.____ führte demgegenüber in seiner Expertise zwar aus, dass die Arbeitsfähigkeit seit Sommer 2013 bezogen auf den jetzigen Arbeitsplatz 60 % betrage (E. 3.13). Aus diversen Gründen kann hierauf jedoch ebenfalls nicht abgestellt werden. Am meisten ins Gewicht fällt, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin basiert. So berücksichtigt Dr. H.____ ohne kritische Würdigung die subjektiv geklagte Müdigkeit und Überforderung bei affek- ti ver Instabilität sowie die Somatisierungsneigung mit Übelkeit (Urk. 7/158/20). Ferner bezieht er sich ausdrücklich auf die Aussage der Ver sicherten, dass sie maximal 55 % während eines Monats gearbeitet habe (Urk. 7/158/22) und kommt aufgrund dessen unter Einbezug leichter Aggra vationstendenzen zum Schluss, dass eine 60%ige Arbeitsfähigkeit am jetzi gen Arbeitsplatz vorliege. Diese Feststellungen stehen im Widerspruch zu den erhobenen Befunden und den sonstigen Angaben der Versicherten. So wird im Gutachten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin während der Unter suchung - welche immerhin zwei Stunden gedauert habe - konzentriert, frisch, vital und sehr aufmerksam gewirkt habe (Urk. 7/158/1 u. 12; vgl. in diesem Zusammenhang ausserdem Urk. 7/102/10 und Urk. 7/126/14 u. 32). Auch der von ihr geschilderte übliche Tagesablauf enthält keine Hinweise auf eine ausgeprägte Müdigkeit respektive Erschöpfbarkeit (Urk. 7/158/10 f.). Zusätzlich attestierte der Gutachter der Versicherten Coping-Strategien und diverse Ressourcen, auf welche sie sich bei der Ausübung ihrer Tätigkeit stüt zen könne (Urk. 7/158/21). Das Vorliegen einer fortwährenden 40%igen Arbeitsunfähigkeit lässt sich vor diesem Hintergrund nicht schlüssig nach vollziehen, worauf die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung entgegen den Behauptungen der Versicherten (Urk. 1 S. 9 f.) zu Recht hingewiesen hat (Urk. 2 S. 2)

Ergänzend ist anzumerken, dass sich aus dem Gutachten von Dr. H.____ auch nicht ableiten lässt, dass sich die Arbeitsfähigkeit nicht weiter steigern lasse. Er hält einzig ein Arbeitspensum von 100 % für unzumutbar (Urk. 7/158/21). Im Weiteren ist ausgewiesen, dass sich die gesundheitliche Situation der Versicherten seit 2011 stetig verbessert hat (Urk. 7/112/1; Urk. 7/126/21; Urk. 7/158/12), was offensichtlich auch zu einer starken Reduktion der fachärztlichen psychotherapeutischen Behandlungen bei Dr. D.____ geführt hat. Aktuell finden diese nur noch circa alle fünf Monate beziehungsweise zwei bis drei Mal pro Jahr statt (Urk. 7/158/9, 19 u. 24), weshalb von einem entsprechend geringen Leidensdruck auszugehen ist. 4.4.2

Im Weiteren argumentiert die Beschwerdeführerin, dass die IV-Stelle zu Unrecht ausser Acht gelassen habe, dass ihre Depression nur unter medika mentöser und psychotherapeutischer Behandlung remittiert und keineswegs nur stets leichtgradig ausgeprägt gewesen sei (Urk. 1 S. 6 f.). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass nach der jüngeren bundesgerichtlichen Recht sprechung leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Nur in dieser - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im All gemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstella tion ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht ledig lich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne kon sequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C_434/2016 und 9C_530/2016 vom 14. Oktober 2016 mit Hinweisen unter anderem auf BGE 140 V 193 E. 3.3).

In Anbetracht dieser bundesgerichtlichen Praxis ist nicht ausschlaggebend, ob die depressive Symptomatik (vgl. E. 3.2 ff.) nur unter entsprechender Therapie besserte oder remittiert ist. Entscheidend ist vielmehr, dass die Behandlung im konkreten Fall Erfolge zeigte (E. 4.4.1 hiervor), womit eine Therapieresistenz - namentlich auch angesichts der nunmehr geringen Behandlungsintervalle - ausgeschlossen werden kann. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden liegt in Bezug auf die Depression demnach nicht vor, was es wiederum ebenfalls rechtfertigt, auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. H.____ nicht abzustellen. 4.4.3

Schliesslich beanstandet die Beschwerdeführerin eine ungenügende rechtliche Auseinandersetzung und Abklärung hinsichtlich der mit Gutachten der G.____ vom 12. Dezember 2011 attestierten somatoformen Störung. Sowohl der klinische Befund als auch die psychometrische Testung hätten für das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung gesprochen, was bekanntlich als klares Indiz für eine ausnahmsweise fehlende willentliche Überwindbarkeit von gesundheitlichen Beschwerden gelte. Dies habe die Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht berücksichtigt (Urk. 1 S. 7 f.).

Zunächst stellt eine leichte depressive Episode - wie sie im psychiatrischen Gutachten vom 12. Dezember 2011 diagnostiziert wurde (E. 3.8) - gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar (E. 1.4). Überdies ist nochmals hervorzuheben, dass die Gutachter der G.____ die Arbeitsfähigkeit nur vorübergehend als eingeschränkt erachteten und die Symptomatik erwiesenermassen innert weniger Monate besserte (E. 4.4.1). Eine somatoforme Störung wurde sodann in den späteren Gutachten der MEDAS Z.____ und von Dr. H.____ nicht mehr diagnostiziert (E. 3.10 und 3.13). Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern die IV-Stelle in diesem Zusammenhang weitere Abklärungen hätte tätigen müssen. 4.5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin für die Monate Oktober 2011 bis und mit April 2012 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Für Mai 2012 steht ihr noch eine Dreiviertelsrente und für Juni 2012 eine Viertelsrente zu (E. 4.3). In diesem Sinne ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerde teilweise gut zuheissen. 5.

Das Gerichtsverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die auf Fr. 8 00.-- anzusetzenden Kosten sind ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Zudem hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteient schädigung zu bezahlen (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgesicht; GSVGer). Diese ist nicht zu reduzieren, da das Begehren in der Beschwerde, soweit über die zuzusprechende befristete Rente hinausgehend (sog. Überklagen), den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2015 vom 2. März 2016 E. 3). Die Entschädigung ist gestützt auf § 34 Abs. 3 GSVGer auf Fr. 1'900.-- (Mehrwertsteuer und Auslagenersatz inbegriffen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. September 2015 insofern aufgehoben, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin von Oktober 2011 bis April 2012 Anspruch auf eine ganze Rente, für Mai 2012 auf eine Dreiviertelsrente und für Juni 2012

auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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.