

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01304 vom 23. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01304](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01304)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01304 du 23 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01304 del 23 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1953 geborene und als Sachbearbeiterin in der Liegenschaftenverwaltung erwerbstätig gewesene X.\_\_\_\_ meldete sich unter Hinweis auf seit Oktober/November 2011 bestehende Angstzustände, Magenprobleme, Schlafstörungen und Depressionen am 23. Mai 2012 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Eine erste leistungsablehnende Verfügung der IV-Stelle vom 4. Juli 2013 (Urk. 6/34) wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 28. November 2014 aufgehoben und die Sache zwecks Einholung eines fachpsychiatrischen Gutachtens an die Verwaltung zurückgewiesen (Prozess Nr. IV.2013.00714; Urk. 6/46). Daraufhin holte die IV-Stelle aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte ein und beauftragte Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer Abklärung (Gutachten vom 11. September 2015, Urk. 6/60). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 6/62 ff.) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 erneut ab (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).

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. 1.2**

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**

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. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

Die Beschwerdegegnerin verneint den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin im Wesentlichen mit der Begründung, dass ,

während aus somatischer Sicht keine Einschränkung bestehe, davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin mittel- bis schwergradige (depressive) Episoden durchgemacht habe. Den noch sei das Leiden eindeutig remittiert und somit ein langandauernder Gesundheitsschaden zu verneinen (Urk. 2 S. 2 f.).

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, aufgrund der Ausführungen von Dr. Y. \_\_\_ im Gutachten vom 11. September 2015 und entsprechend den echtzeitlichen ärztlichen Attesten sei von einer vollen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von Dezember 2011 bis Juli 2014 auszugehen (Urk. 1 S. 5). 3.

Aus somatischer Sicht ist aufgrund der Angaben von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie, im Bericht vom 6./11. März 2015 (Urk. 6/51) erstellt, dass die Beschwerdeführerin infolge der Rhizarthrose sowie Status nach Trapezi um Resektions-Athroplastik und Arthrodeuse DIP Dig . II rechts für belas tende sowie feinmotorische Tätigkeiten ( Pinzettengriff ) der rechten Hand ein geschränkt ist . Daraus ergibt sich eine volle Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Sachbearbeiterin (vgl. auch Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin, vom 16. August 2012, Urk. 6/41/1-2) . Dies ist unter den Parteien denn auch nicht strittig (vgl. Urk. 1 und Urk. 2 S. 2). 4 . 4 .1

Wie bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. November 2014 erwogen (E. 3.1-3.7, insbes. E. 3.5; Urk. 6/46 S. 5 ff.) , ist die Beschwerdeführerin seit Februar 2012 im B.\_\_\_\_ in C.\_\_\_\_ in Behandlung. Die dortigen Ärzte stellten im umfassenden Bericht vom 14. Juni 2013 (Urk. 6/27) folgende Diagnosen: - Agoraphobie (ICD-10 F40.00) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F43.20) - Akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1)

Weiter gaben sie an, die Beschwerdeführerin habe am 1. Oktober 2011 eine neue Stelle angetreten. Nach der Probezeit habe sich die Stimmung mit der Vorgesetzten und den Kolleginnen schnell verschlimmert. Die Beschwerdeführerin habe eine depressive Symptomatik mit Ängsten und einem starken Gefühl, nicht gut genug zu sein und immer alles falsch zu machen, entwickelt. Sie habe sich sozial zurückgezogen und viele Überstunden geleistet. Sie habe sich bemüht, an der Arbeitsstelle alles richtig zu machen, und sei dann in eine Erschöpfung gefallen.

Im Verlauf der im Februar 2012 eingeleiteten Behandlung habe sich die depressive Symptomatik mit einer Stabilisierung der Stimmung verbessert. Die Angstsymptomatik habe sich nur wenig verbessert. In Situationen im Kontakt mit fremden Leuten seien immer wieder Panikattacken aufgetreten. Die Beschwerdeführerin habe im Februar 2013 trotzdem eine neue Arbeitsstelle angetreten. Am Arbeitsplatz hätten sich schnell Ängste entwickelt. Trotz dieser Symptomatik habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeit erledigen können und sich viel Mühe gegeben, mit den Ängsten umzugehen. Vor Ende der Probezeit sei ihr gekündigt worden. Seither habe sich die depressive Symptomatik wieder verstärkt. Es seien wieder Suizidgedanken aufgetreten und die Stimmungsschwankungen hätten sich verschärft. Am 9. April 2013 sei die Beschwerdeführerin wieder arbeitsunfähig geworden. Eine intensive ambulante Behandlung habe den klinischen Zustand stabilisieren können. Aktuell zeige die Beschwerdeführerin eine schwankende und instabile Stimmung mit Insuffizienz- und Schamgefühl, einen reduzierten Antrieb, eine innere Unruhe, einen sozialen Rückzug, ausgeprägte Ängste, unter Leuten zu sein, sowie Ein- und Durchschlafstörungen . Die Komorbidität mit einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlichen und vermeidenden Zügen beeinträchtige die Prognose. Aus diesem Grund sei von einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 4 .2

Nach Rückweisung der Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen holte die Beschwerdeführerin aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte im B.\_\_\_\_ ein . Im Bericht vom 27. April 2015 (Urk. 6/55) passten sie die Diagnosen wie folgt an: - Agoraphobie (ICD-10 F40.01) - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1)

Die Ärzte führten aus, nach der erneuten 100%igen Krankschreibung am 9. April 2013 habe die Beschwerdeführerin ihre Ängste

bis Januar 2014 wieder soweit reduzieren können, dass der Besuch einer ambulanten wöchentlichen Gruppentherapie möglich geworden sei. Im April 2014 habe sie zu einer wöchentlichen Ergotherapie-Gruppe gewechselt, die sie bis heute regelmässig besuche. Gestützt darauf hielten die berichtenden Ärzte eine weitere schrittweise Verbesserung für möglich, gingen aber von einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit aus. Dementsprechend attestierten sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. Dezember 2011 bis 31. März 2013 sowie wiederum seit dem 9. April 2013. 4.3

Dr. Y.\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 11. September 2015 (Urk. 6/60) folgende Diagnosen (S. 14) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidender Färbung (ICD-10 Z73.1)

Weiter führte er aus, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mit teils bis schwergradigen Episoden durchgemacht habe. In der Untersuchung habe sich jedoch eine eindeutige Remission gezeigt. Die Diagnose einer Agoraphobie müsse seiner Ansicht nach nicht gestellt werden. Die agoraphobischen Tendenzen seien Ausdruck der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge. Die Beschwerdeführerin meide aus Angst vor Kritik die Menschen (S. 14 f.).

Aufgrund der Beschwerden von Seiten der akzentuierten Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidenden Zügen, insbesondere der geklagten Angst, an einem Arbeitsplatz erneut gemobbt, gekränkt, ausgelacht und zurückgestossen zu werden, lasse sich, unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungsbefunde, aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% begründen für sämtliche Tätigkeiten in der Marktwirtschaft (S. 15). Die Beschwerdeführerin könnte durchaus erneut in Konfliktsituationen am Arbeitsplatz geraten. Sie brauche genügend Zeit zur psychophysischen Regeneration (S. 17).

Weiter beurteilte der Gutachter die Coping-Strategien als nicht hinreichend gut. Die Beschwerdeführerin stehe kurz vor der Pensionierung und möchte sich im Grunde im Arbeitsmarkt nicht mehr integrieren. Sie gebe zwar an, dass sie maximal zwei Tage pro Woche arbeiten könne. Es sei sehr fraglich, ob es ihr damit wirklich ernst sei. Bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit könne sie sich auf viele Ressourcen stützen. Lediglich in Mobbing-Situationen, die sich jedoch in ihrem Leben sehr selten zugetragen hätten, sei sie in diesen Fähigkeiten ein wenig eingeschränkt (S. 15 f.).

Die Beurteilung der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig. Nach eigenen Angaben habe die Beschwerdeführerin ihre Stelle durch Kündigung im Dezember 2011 verloren, was eine depressive Krise und Insuffizienzgefühle im Rahmen der akzentuierten Persönlichkeitszüge hervorgebracht habe. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin damals eine schwere depressive Episode durchgemacht habe. Sie gebe heute an, dass sie im Juli 2014 eine Verbesserung erlebt habe. Die Beurteilung, ob sich ihr Zustand seit Juli 2014 bis heute verbessert habe oder gleich

geblieben sei, sei völlig unklar. Gehe man davon aus, dass sich der psychische Zustand seit Juli 2014 nicht mehr verbessert habe, sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ab Juli 2014 auszugehen. Weiter sei davon auszugehen, dass im Dezember 2011 eine schwere depressive Episode (bei wirksamen akzentuierten Persönlichkeitszügen) vorgelegen habe mit

Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine genaue Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit von Dezember 2011 bis Juli 2014 sei nur schwer anzugeben.

Sowohl im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, vom 30. Januar 2012 (vgl. Urk. 6/60 S. 3 und Urk. 6/1/6-7) als auch in jenem vom

B.\_\_\_\_ werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Insbesondere die Angabe von Dr. D.\_\_\_\_ sei mit der Diagnostik einer schweren depressiven Episode konsistent. Weniger konsistent dagegen sei sie mit der Diagnose einer mittelgradigen Episode im B.\_\_\_\_.

Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin Episoden schweren Grades durchgemacht habe. Offenbar sei sie tatsächlich bis 2014, als sich ihr Zustand verbessert habe, schwer depressiv gewesen.

Im letzten Bericht des B.\_\_\_\_ (Bericht vom 27. April 2015, Urk. 6/55) werde erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Dies sei mit einer leichten depressiven Episode, akzentuierten Persönlichkeitszügen sowie einer (höchstens leichten) Agoraphobie aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu vereinbaren. Der Bericht mache ein wenig den Eindruck, wie wenn die Versicherte doch dahingehend beurteilt worden sei, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliege. Schon die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden Zügen sei im Grunde nicht ganz korrekt, da es sich nicht um eine Persönlichkeitsstörung handle, sondern um akzentuierte Persönlichkeitszüge. Der Hintergrund der Erkrankung bilde eine traumatische Kindheit. Eine Traumatisierung in der Kindheit sei nicht abzustreiten. Es werde jedoch in diesem Bericht nicht berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin zur Mutter ein Vertrauensverhältnis gehabt habe, und dass wahrscheinlich aus diesem Grund das Mobbing in der Schule nicht aufgetreten sei und heute auch keine Brückensymptome eruiert werden könnten. Des Weiteren werde überhaupt nicht berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin praktisch ihr Leben lang ohne das Gefühl von Mobbing tätig sein können. Die letzten Stellen bedeuteten also bezüglich Mobbing eigentlich eine Ausnahmesituation und nicht die Regel, wie es bei Persönlichkeitsstörungen der Fall wäre (S. 16 f.). 5. 5. 1

Vorwegzuschicken ist, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 11. September 2015 (Urk. 6/60)

insbesondere mit Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich entspricht. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es beruht sodann auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin während des Abklärungsgesprächs. Der Gutachter schilderte ausführlich die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und setzte sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten

insbesondere der Berichte der behandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_

abgegeben und sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die gutachterlichen Schlussfolgerungen als begründet.

Auch die Beschwerdeführerin bemängelt das Gutachten nicht, sondern sieht in der rückblickenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die Grundlage des geltend gemachten Rentenanspruchs (Urk. 1) . 5 .2

Nach der Rechtsprechung ist es

in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei Depressionen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) 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, d.h. 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. 3.1 und 3.2).

In diesem Sinne darf der Rechtsanwender entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 4) die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Ärzte nicht ohne vorgängige Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens übernehmen. 5. 3 5. 3 .1

Leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden sind rechtsprechungsgemäss regelmässig als eine von depressiven Verstimmungszuständen nicht klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens zu betrachten. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen). 5. 3 .2

Nach Lage der Akten entstand die depressive Störung in Zusammenhang mit einer Mobbing-situation am Arbeitsplatz, die zum Stellenverlust im März 2012 führte (E. 4 .1; vgl. ferner Kündigungsschreiben vom 7. November 2011, Urk. 6/11). Nach Aufnahme der Behandlung im B. \_\_\_ im Februar 2012 stabilisierte sich der Zustand soweit, dass sich die Beschwerdeführerin im Juni 2012 auf Empfehlung der Kundenberaterin der IV-Stelle beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum anmeldete (Mailschreiben der Beschwerdeführerin vom 1. Juli 2012 an die Kundenberaterin der IV-Stelle, Urk. 6/10). Da sie aber von den behandelnden Ärzten weiterhin als zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben war, wurde ihre Vermittlungsfähigkeit offenbar verneint (Verlaufsprotokoll der

Eingliederungsberatung vom 18. Dezember 2012, Urk. 6/17 S. 2). Dennoch trat sie im Februar 2013 eine neue Stelle, allerdings mit einem reduzierten Pensum von 80 %, an. In der Folge verschlechterte sich ihr Zustand wieder. Die Beschwerdeführerin verlor ihre Stelle und wurde am 9. April 2013 wieder zu 100 % krankgeschrieben (E. 4.2 sowie Einspracheschreiben vom 2. Mai 2013, Urk. 6/23). Diese Verschlechterung traf nicht nur mit den erneuten Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zusammen, sondern auch mit dem Erhalt des negativen Vorbescheids der Beschwerdegegnerin vom 3. April 2013 (Urk. 6/21). Die weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung führte in der Folge zu einer erneuten Besserung des Zustands bis zur Remission der depressiven Symptomatik im Juli 2014 (E. 4.3).

Bei Vorliegen einer seit Juli 2014 remittierten rezidivierenden depressiven Störung kann aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine relevante Leistungsminderung mehr begründet werden, was unbestritten ist. Das Arbeitsunfähigkeitsattest im Umfang von 20% ist – bei fehlenden einschlägigen Befunden – nicht nachvollziehbar, indes ohnehin ohne leistungsbegründende Auswirkung. Die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit, wie sie die B.\_\_\_\_-Ärzte bestätigten (Urk. 6/55/5) ist bei von ihnen genannter nur noch leichter depressiver Episode (Urk. 6/55/1) nicht nachvollziehbar. Dies umso mehr, als das dokumentierte Aktivitätsverhalten nicht für ein ausgeprägtes psychisches Leiden. Die Beschwerdeführerin beschreibt ihre Beziehung zum Ehemann und den beiden erwachsenen Kindern als sehr positiv. Sie führt ihren Zweipersonenhaushalt selbständig, macht oft Fitness, geht walken oder Velo fahren, kocht, bastelt und näht sehr gerne. Auch liest sie gerne Bücher und interessiert sich für Politik und Tiere (Urk. 6/60 S. 8). Diese vielfältigen Interessen und Aktivitäten sprechen gegen eine invalidisierende Wirkung des depressiven Geschehens.

Hinsichtlich der rückblickenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann dem Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_

nicht gefolgt werden. Bei der Bestätigung der von den behandelnden Ärzten attestierten 100 %igen Arbeitsunfähigkeit zwischen Dezember 2011 und Juli 2014 ging Dr. Y.\_\_\_\_ von einer schweren depressiven Episode aus

(Urk. 6/60 S. 16 f.) und verwies auf die Beurteilung des Hausarztes Dr. D.\_\_\_\_ (Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2012, Urk. 6/1/6-7; vgl. Gutachten vom 11. September 2015, Urk. 6/60 S. 3 und S. 16). Beim fraglichen Bericht handelt es sich jedoch um ein stichwortartig ausgefülltes Zwischenbeurteilungsfeld des Krankentagegeldverfahrens, worin Dr. D.\_\_\_\_ lediglich die ICD-10-Kodierung F32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome) angab, über die erfolgte Überweisung ans B.\_\_\_\_ informierte und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 14. Dezember 2011 attestierte. Weitere konkrete Gründe für die Annahme einer länger dauernden

schwergradigen Depression lassen sich dem Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ nicht entnehmen. Dem gegenüber gingen die Ärzte des B.\_\_\_\_

echtzeitlich stets von einer „lediglich“ mittelgradigen depressiven Episode aus (Berichte des B.\_\_\_\_ vom 20. März und 4. Dezember 2012 sowie 14. Juni 2013; Urk. 6/1/4-5, Urk. 6/18/5-6, Urk. 6/27 S. 3). Die vom Gutachter unter Hinweis auf eine schwere depressive Episode bestätigte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit während der fraglichen Zeit beruht somit lediglich auf den kargen Angaben des Hausarztes, der sich überdies nicht über

eine fachliche Qualifikation auf dem

Gebiet der Psychiatrie ausweisen kann. Obwohl es nicht auszuschliessen ist, dass die Beschwerdeführerin schwere depressive Episoden durchgemacht hat (so auch der Gutachter, Urk. 6/60 S. 15), kann daraus nicht auf eine durchgehende schwergradige depressive Störung beziehungsweise auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während der Dauer von zweieinhalb Jahren ohne wesentlichen Unterbruch geschlossen werden.

Aufgrund des wellenförmigen Verlaufs der depressiven Störung erscheint es sodann als zweifelhaft, ob eine von den Belastungssituationen unterscheidbare und in diesem Sinne verselbständigte depressive Störung vorliegt und überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden angenommen werden kann (vgl. dazu BGE 127 V 294 E. 5a).

Vielmehr enthält die Aktenlage deutliche Anhaltspunkte dafür, dass sich die invaliditätsfremden Elemente nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen lassen, sondern die depressive Störung in den psychosozialen Belastungssituationen am Arbeitsplatz aufgeht. 5.3.3

Schliesslich stellt sich die Frage, ob eine konsequente Depressionstherapie stattfand. Zwar war die Beschwerdeführerin ab Februar 2012 in integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit Gesprächs-, Verhaltens- und körperorientierter Psychotherapie in wöchentlichen Sitzungen sowie Pharmakotherapie (zwei Tabletten Seropram 20 mg morgens und eine halbe Tablette Tritico 50 mg in Reserve pro Tag; vgl. dazu Berichte des B.\_\_\_\_ vom 20. März, 4. Dezember 2012 und 14. Juni 2013, Urk. 6/1/4-5, Urk. 6/18/5-6, Urk. 6/27 S. 3). Trotz der regelmässigen und motivierten Teilnahme an der ambulanten Therapie seitens der Beschwerdeführerin blieb der erhoffte Erfolg jedoch aus und die Beeinträchtigung war nach Einschätzung der behandelnden Ärzte während über zwei Jahren erheblich. Erst nach Intensivierung der Therapie mit Erhöhung der Frequenz auf zweimal wöchentlich integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und dem zusätzlichen wöchentlichen Besuch einer Ergotherapiegruppe ab April 2014 (Bericht des B.\_\_\_\_ vom 27. April 2015, Urk. 6/55 S. 3 f.) erlebte die Beschwerdeführerin im Juli 2014 eine massgebliche Besserung der Symptomatik. Unter diesen Umständen muss, die Beibehaltung des Therapieplans während mehr als zwei Jahren trotz ausbleibender dauerhafter Besserung als nicht ausreichend konsequent

beurteilt werden. Insbesondere wurde in der Berichterstattung des B.\_\_\_\_ die Indikation einer stationären Behandlung offenbar nie diskutiert, was angesichts der seit Dezember 2011 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit doch erstaunt. 5.4

In Bezug auf die festgestellte Diagnose von akzentuierter Persönlichkeit mit ängstlich vermeidender Färbung (ICD-10 Z73.1) ist sodann zu berücksichtigen, dass es sich bei den Diagnosen aus den Z-Kodierungen um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Solche fallen nicht unter den Begriff der invalidenversicherungspflichtig erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung und stellen grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

Vorliegend kann nichts anderes gelten. Die vom Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_ erwähnte Diagnose von akzentuierter Persönlichkeit szügen (ICD-10 Z73.1) hat auch nach dessen detaillierter Einschätzung (Urk. 6 / 60 S. 14 und S. 17 ) gerade nicht die Qualität, welche die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigt. Darüber hinaus war die Beschwerdeführerin vor Auftreten der depressiven Störung trotz ihren auffälligen Persönlichkeitszügen vollzeitlich erwerbstätig, was nicht zuletzt ihren vielen Ressourcen zur Bewältigung der Problematik zu verdanken ist. Deshalb ist davon auszugehen, dass diese Störung die Arbeitsfähigkeit für sich allein gesehen nicht beeinträchtigt hat . 5.5

Angesichts dieser Umstände ist erstellt, dass invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Zeit eine dauerhafte Leistungsunfähigkeit der Beschwerdeführerin angenommen werden konnte. Die Therapierbarkeit des Leidens unter konsequenter Behandlung , welche rechtsprechungsgemäss die Annahme einer andauernden Beeinträchtigung ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_254/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 3.2, Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 291/05 vom 31. März 2006 E. 3.3) , wird durch die im Juli 2014 tatsächlich eingetretene Remission der depressiven Symptomatik bestätigt, weshalb es mit den getroffenen Feststellungen sein Bewenden hat .

Zusammenfassend steht fest, dass bei der Beschwerdeführerin keine Krankheit vorliegt beziehungsweise vorgelegen hat , welche invalidenversicherungsrechtlich zur Annahme einer andauernden Arbeitsunfähigkeit führt. Damit war die Beschwerdeführerin zu keiner Zeit invalid im Sinne des Gesetzes , weshalb die Beschwerde gegen die leistungsverweigernde Verfügung der Beschwerdegegnerin abzuweisen ist. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 6 00.-- 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. 6 00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Urs Kröppli - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Meier-Wiesner

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 21. Dezember 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprechung einer befristeten ganzen Rente vom 1. Dezember 2012 bis 31. Oktober 2014 (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle ersuchte am 28. Januar 2016 (Urk. 5) um Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 22. März 2015 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **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.