

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00593 vom 6. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00593

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00593 du 6 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00593 del 6 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

). Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/6) sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/8, Urk. 7/12) bei und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/10, Urk. 7/15). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 26. Februar 2016 [Urk. 7 / 20]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. April 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 2 [= Urk. 7/21).

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. Rechtsprechungsgegenstand 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 Bundesgerichts 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 ausgeglichenen 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 20

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

E. 1.4

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. 1.5

Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und dem nach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 1.6

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden)

medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193 ; 130 V 352

E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 127 V 294

E. 5a; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016). 2.

E. 2

Gegen diese Verfügung legte die Versicherte mit Eingabe vom 23. Mai 2016 Beschwerde ein und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei ihr ab 1. März 2016 eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2016 beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, weder hinsichtlich der Panikattacken und der agoraphobischen Ängste noch mit Blick auf die depressive Symptomatik sei ein dauerhafter Gesundheitsschaden auszuweisen, weshalb kein Leistungsanspruch bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde dagegen vor, sowohl der behandelnde Facharzt als auch die psychiatrische Konsiliaria würden von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Insbesondere nehme die Beschwerdeführerin alle zumutbaren Therapie- und Behandlungsoptionen wahr. Es seien zudem keine psychosozialen Faktoren ersichtlich, welche das Krankheitsgeschehen unterhalten oder dominieren würden (Urk. 1).
3. 3.1

Dem Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Oktober 2015 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/10) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 7/10/1): - depressive Episode, mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F32.1) seit Februar 2015 - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.0) seit Februar 2015

Der behandelnde Facharzt führte zudem aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 5. März 2015 bei ihm in Behandlung (Urk. 7/10/2). Dabei handle es sich um eine ambulante Psycho- und Psychopharmakotherapie, schwerpunktmässig eine kognitive Verhaltenstherapie. Die Medikation bestehe aus Escitalopram (20mg/Tag) sowie Trittico retard (bis 150mg/Tag; in Reserve). Die Behandlung solle wie bisher weitergeführt werden (Urk. 7/10/3). Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Episode inzwischen

leicht abgemildert. Zudem könne bei einer agoraphoben Störung bei geeigneter Behandlung, bei guten persönlichen Ressourcen und wenig komorbiden Faktoren, wie es bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, von einer guten Prognose ausgegangen werden (Urk. 7/10/2). Als Filialleiterin in einer Pizzeria sei die Beschwerdeführerin aufgrund verminderter Konzentrationsfähigkeit, fehlender situativer Aufmerksamkeit, psychischer Belastbarkeit sowie massiv eingeschränkter Flexibilität seit März 2015 zu 100% arbeitsunfähig. In frühestens einem bis zwei Monaten sei wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/10/3). 3.2

Dem Verlaufsbericht von Dr. Z.____ vom 29. Januar 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/15) ist zu entnehmen, dass sich das depressive Zustandsbild leicht verbessert habe. Die depressive Symptomatik befinde sich in Regression. Einschränkend im Vordergrund stehe aber weiterhin die Symptomatik im Rahmen der Agoraphobie mit Panikattacken. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor im sozialen Bewegungsradius massiv eingeschränkt, ziehe sich sozial zurück und könne die Wohnung nur sporadisch verlassen, alleine nur zu Fuss, begleitet könne sie mit dem (im 100%-Pensum arbeitstätigen) Ehemann mit dem Auto mitfahren. Insbesondere ausser Haus und im Kontakt mit Menschen würden sich deutliche (angstbedingte) kognitive Einschränkungen wie Auffassungs-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen zeigen (Urk. 7/15/1). Zur Arbeitsfähigkeit führte der behandelnde Psychiater aus, zurzeit sei weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitstätigkeit möglich (Urk. 7/15/2). Zur gegenwärtigen Behandlung führte Dr. Z.____ aus, die Beschwerdeführerin stehe weiterhin in regelmässiger Behandlung mit wöchentlichen Terminen. Die affektiv-depressive Stimmungslage und Symptomatik habe verbessert werden können. Die verhaltenstherapeutisch fokussierte Behandlung der agoraphobischen Symptomatik sei aber bisher leider erst zaghafte Fortschritte gemacht, wohl bedingt durch die sich bisher doch stärker als im letzten Bericht prognostizierte einschränkend und hemmend auswirkende komorbide Störungssymptomatik: Depression (verminderter Selbstwert) und Ängste (erschwerende Vorbereitung und mangelnde Motivierbarkeit für die therapeutisch doch notwendige aversive Angstexpositionsarbeit). Die Medikation bestehe aus Escitalopram mit 20mg / Tag (Urk. 7/15/3). Aufgrund der bisher zwar verzögerten, aber inzwischen doch eingetretenen Selbstwertstärkung und verbesserten affektiven Stimmungslage könne prognostisch weiterhin davon ausgegangen werden, dass mithilfe der Therapie eine weitere Symptomminimierung und eine psychische Zustandsverbesserung im Laufe der nächsten vier bis sechs Monate eintreten werde (Urk. 7/15/3). 3.3

In seiner Stellungnahme zur angefochtenen Verfügung zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin vom 16. Mai 2016 (Urk. 3/4) führte Dr. Z.____ aus, zu betonen sei, dass sich die agoraphobischen Ängste im Rahmen der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zeigen würden, aber auch in Einkaufsläden und Bahnhofshallen etc. Sie seien häufig verbunden mit der typischen Panikschaukelungsdynamik inklusive körperlicher Symptomatik und den dazugehörigen dysfunktionalen katastrophisierenden Gedanken und störungsspezifischem Vermeidungsverhalten. Festzuhalten sei, dass bei der Beschwerdeführerin eine störungsspezifische Behandlung unter den vorliegenden Umständen kaum möglich sei und aus prognostischer Sicht auch in absehbarer Zeit noch nicht genügend gut erfolgen könne (Urk. 3/4 S. 2). 3.4

Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Gutachten vom 18. Mai 2016 zu Händen des Krankentaggeldversicherers der Beschwerdeführerin

(Urk. 9) folgende Diagnosen fest (Urk. 9 S. 8): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F 40.01)

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. A. ___ aus, die Beschwerdeführerin sei bedingt durch die hier diagnostizierten psychischen Störungen in wesentlichen psychischen Funktionsbereichen noch erheblich eingeschränkt. Die Niedergestimmtheit sei deutlich ausgeprägt und beeinträchtige die motivationale Leistungsfähigkeit. Die verminderte affektive Schwingungsfähigkeit sei hinderlich in der Führungsarbeit mit Mitarbeitern und auch im direkten Kundenkontakt. Die Beschwerdeführerin sei im Moment nicht zu einem normalen Sozialkontakt fähig. Weiter seien die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt, sie könne Anforderungen ihrer Umgebung nur teilweise auffassen; dies schliesse die Führung eines Verkaufsgeschäfts aus. Die Angststeuerung sei stark eingeschränkt und die Fähigkeit zu ungestörten Sozialkontakten sei mittelgradig eingeschränkt und beide würden das Funktionsniveau klar beeinträchtigen, wenn es darum gehe, zügig Aufgaben im Zusammenhang mit Kunden entgegenzunehmen, zu bewältigen und Personalentscheidungen zu treffen. Hier wirke der leicht beeinträchtigte Antrieb zusätzlich einschränkend (Urk. 9 S. 12). Für den angestammten Arbeitsplatz rechne sie mit einer fortgesetzten 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis Mitte August 2016. Anschliessend sei von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab wann die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig sein werde, könne noch nicht vorhergesagt werden. Die Beschwerdeführerin sei heute und voraussichtlich bis Mitte August 2016 auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Das Profil einer leidensangepassten Tätigkeit sei im Wesentlichen vom Zustand abhängig, in welchem sich die Beschwerdeführerin im August 2016 befinde. Eventuell werde der berufliche Einstieg ohne Führungsverantwortung rascher erfolgen können als mit der erneuten Anforderung einer Filialleiterin. Eigenanamnestisch sei die Beschwerdeführerin in der Hausarbeit und auch in der teilweisen Betreuung ihres Kindes

kaum beeinträchtigt. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Einwände, dass sie sich im Haushalt betätige und sich mit ihrem Kind abgebe, solange dies nicht den Weg für eine effektive Behandlungschance verbaue. Die Prognose einer ersten depressiven Episode sei naturgemäss gut. Die Beschwerdeführerin habe eine gute Chance auf vollständige Genesung von dieser depressiven Episode. Eine optimierte Behandlung verbessere die Prognose weiter. Das Gleiche gelte für die Agoraphobie mit Panikattacken (Urk. 9 S. 13).

Zur aktuellen Therapie und Medikation führte die Expertin aus, die laufende integrierte psychiatrische Behandlung mit wöchentlicher Psychotherapie und einer antidepressiven Medikation sei grundsätzlich nachvollziehbar. Der Verlauf seit Beginn der Behandlung sei allerdings wenig rückläufig. Die Beschwerdeführerin sei immer noch deutlich leidend, objektiv krank und arbeitsunfähig. Damit müssten jetzt, im Einklang mit den Empfehlungen der Fachgesellschaften für die Behandlung dieser Störungen, zusätzliche Massnahmen empfohlen werden. Es gelte die Pharmakotherapie nach dem Algorithmus für die Anwendung von Antidepressiva bei Depressionen und Angsterkrankungen auszubauen, d.h. es sei eine Dosiserhöhung vorzunehmen oder das Produkt sei auszuwechseln. Allenfalls werde sich eine Kombinationsbehandlung verschiedener Antidepressiva als nötig erweisen. Eine gezielte Exposition sei erst möglich, wenn keine Panikattacken mehr da seien. Weiter seien Massnahmen zu treffen, die dem starken sozialen Rückzug entgegenwirken und helfen würden, ausserhäusliche Aktivitäten wieder einzuüben. Hier sei in erster Linie eine tagesklinische Behandlung zu prüfen. Es würden keine medizinischen Gründe vorliegen,

weshalb die Beschwerdeführerin nicht in eine Tagesklinik gehen könnte. So könne sie morgens auch das Kind in die Krippe bringen, dies obwohl sie Ängste habe, das Haus zu verlassen. Damit sei – bei genügender Motivation – von einer gewissen Steu erbarkeit im Verhalten auszugehen. Von einer psychiatrischen Behandlung könne eine namhafte Verbesserung des psychischen Beschwerdebildes erwartet werden (Urk. 9 S. 11 f.). 4. 4.1

Zunächst ist festzustellen, dass es entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigung, also auch bei - nicht von der Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Störungen (BGE 130 V 352 [bisherige Rechtsprechung], BGE 141 V 281 [am 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung]) erfassten – Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Fall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch fest gestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Dies unter anderem deshalb, weil die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG) ist, dessen praktische Handhabung im Einzelfall der rechtsanwendenden Stelle obliegt, welche den durch Gesetz und Rechtsprechung gezogenen normativen Rahmen zu berücksichtigen hat (BGE 140 V 193 E. 3.1; vgl. E. 1.7). Aufgrund der in diesem Leitentscheid näher umschriebenen 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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung, unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht zuständig sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen dabei die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Die Ärzte und die Organe der Rechtsanwendung prüfen demnach die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.1).

Ob die vorliegend zur Diskussion stehenden Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, ist eine Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_283/2015 vom

24. Juni 2015 E. 2 mit Hinweis). 4.2

Aufgrund der vorliegenden – fachärztlichen – Berichte von Dr. Z.____ vom 23. Oktober 2015 (Urk. 7/10, E. 3.1), 29. Januar 2016 (Urk. 7/15, E. 3.2) und 16. Mai 2016 (Urk. 3/4, E. 3.3) sowie des Gutachtens von Dr. A.____ vom 18. Mai 2016 (Urk. 9, E. 3.4) ist ausgewiesen und unbestritten, dass die Beschwerdeführerin seit Februar 2015 unter einer mittelgradigen depressiven Episode fraglich mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) leidet. In den genannten Berichten wurden sodann detaillierte Befunde erhoben. Die Berichte enthalten zudem umfassende Angaben zu den geklagten Beschwerden und Angaben zu den bei Dr. Z.____ durchgeführten Behandlungen (ein- bis zwei-wöchentliche Psychotherapiesitzungen und antidepressive Medikation; mit der Empfehlung der Prüfung einer tagesklinischen Behandlung sowie Anpassung der Pharmakotherapie). Aus den genannten Berichten ergibt sich im Weiteren auch, dass durch die bei Dr. Z.____ bislang durchgeführte Behandlung der depressiven Symptomatik respektive der Agoraphobie mit Panikattacken eine leichte Verbesserung der Symptome erreicht werden konnte (Urk. 9 S. 9, E. 3.4) und sich die bereits positive Prognose nach einer Optimierung der Behandlung (Therapie und Medikation) noch weiter verbessern würde (E. 3.2, vgl. auch Urk. 7/12/6). Die Behandelbarkeit der bei ihr bestehenden psychischen Symptome wurde von den Dres. Z.____ („zaghaftes Vorankommen“ hinsichtlich der kognitiven Verhaltenstherapie, Verbesserung der affektiv-depressiven Stimmungslage, E. 3.2) und A.____ explizit bejaht und von der Beschwerdeführerin auch nicht in Frage gestellt (Urk. 1 S. 6).

Streitig und zu prüfen ist vielmehr einzig, ob die Beschwerdegegnerin den genannten Diagnosen zu Recht eine invalidisierende Wirkung abgesprochen hat. 4.3 4.3.1

Gemäss den Beurteilungen durch die Dres. Z.____ und A.____ ist die Arbeitsunfähigkeit bedingt durch die mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). 4.3.2

Betreffend die von den Dres. Z.____ und A.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gilt es zu beachten, dass es sich bei depressiven Episoden definitionsgemäss um vorübergehende Leiden handelt, welchen es grundsätzlich an einem Krankheitscharakter fehlt. Daran ändert auch nichts, wenn sie vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen sodann leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut anheubar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahr scheinlich und darf nicht lediglich nicht auszu schliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). 4.3.3

Entscheidend ist vorliegend, dass die therapeutischen und medikamentösen Behandlungsoptionen bis anhin nicht voll ausgeschöpft wurden. Gemäss Aktenlage stand die Beschwerdeführerin seit März 2015 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. Z.____ (Urk. 9 S. 5). Laut den Angaben von Dr. Z.____ kam es dabei zu einer – immerhin – zaghaften respektive leichten Besserung der Symptomatik (Urk. 7/10/3, Urk. 7/15/3). Auch die Gutachterin stellte eine leichte Rückläufigkeit der Symptomatik fest (Urk. 9 S. 11): So könne die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens vom Mai 2016 morgens ihr Kind in die Krippe bringen, obwohl sie Ängste habe, das Haus zu verlassen; es liege eine gewisse Steuerbarkeit im Verhalten vor (Urk. 9 S. 12). Durch die wöchentlichen Termine habe sich die affektiv-depressive Stimmungslage und Symptomatik gebessert. Auch die inzwischen doch eingetretene Selbstwertstärkung trage zu einer weiteren Symptommin derung bei (Urk. 7/15/3). Im Haushalt fühlt sich die Beschwerdeführerin sodann eigenanamnestisch nicht eingeschränkt, was angesichts des geschilderten Tagesablaufs nachvollziehbar erscheint (Urk. 9 S. 6).

Hinsichtlich der Erledigung der Haushaltsarbeiten hielt die Gutachterin Dr. A.____ überzeugend fest, dass die Beschwerdeführerin in der Hausarbeit und auch mit der teilweisen Betreuung des Kindes – gemäss den eigenanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin – kaum eingeschränkt sei.

Seit dem 5. März 2015 wurden bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung mit der Beschwerdeführerin laut Angaben des behandelnden Psychiaters ein- bis (ursprünglich) zweiwöchentliche ambulante Psychotherapiesitzungen durchgeführt (vgl. Urk. 7/10/2, Urk. 7/15/3). Der Schwerpunkt lag dabei auf einer kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. E. 3.1). Daneben wurde die Beschwerdeführerin mit Escitalopram

E. 6

), was der Beschwerdeführer in
mit Verfügung vom 24. Juni 2016 mitgeteilt wurde (Urk.

E. 10

). Mit Eingabe vom 22. Juni 2016 (Urk. 8) reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme sowie ein zu Händen der Krankentaggeldversicherung erstelltes psychiatrisches Gutachten zu den Akten (Urk. 9), wovon die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 27. Juni 2016 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). 3.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 20

mg (1-0-0; Urk. 9 S. 6). Die Durchführung insbesondere auch einer spezifisch auf die Behandlung der aus der Agoraphobie mit Panikattacken resultierenden Symptome ausgerichteten (teil-)stationären Behandlung ist nicht aktenkundig.

Die Gutachterin stellte der Beschwerdeführerin eine gute Chance auf Genesung in Aussicht (Urk. 9 S. 13). Insbesondere verwies der behandelnde Psychiater zur Prognose hinsichtlich

der agoraphoben Störung auf die guten persönlichen Ressourcen und wenig komorbide Faktoren (Urk. 7/10/3). Die Gutachterin geht von einer Überwindbarkeit der Agoraphobie aus („Steuerbarkeit des Verhaltens“) und wies in ihrer Expertise darauf hin, dass für die Behandlung der vorliegenden Störungen zusätzliche Massnahmen empfohlen würden. So hielt sie einerseits dafür, die Pharmakotherapie nach dem Algorithmus für die Anwendung von Antidepressiva bei Depressionen und Angsterkrankungen auszubauen mittels Dosiserhöhung, Auswechslung des Produkts oder mittels Kombinationsbehandlung verschiedener Antidepressiva. Zur Einübung ausserhäuslicher Aktivitäten und um dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken, empfahl die Gutachterin andererseits die Prüfung einer tagesklinischen Behandlung (Urk. 9 S. 11).

Von einer optimalen und nachhaltigen Ausschöpfung der therapeutischen und insbesondere medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten (zu den Therapieintervallen bei depressiven Störungen: vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1) kann unter diesen Umständen in der Tat nicht die Rede sein. Eine nicht ausgeschöpfte medikamentöse Behandlung und optimierungsbedürftige Therapie verbietet den Schluss, die versicherte Person verfüge nicht über genügend psychische Ressourcen, einer den Anspruch auf eine Rente ausschliessenden Erwerbstätigkeit nachzugehen. Wenn der behandelnde Psychiater mit seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2016 (Urk. 3/4) nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorbringt, eine Therapie sei unter den gegebenen Umständen gar nicht möglich, so widerspricht er sowohl eigenen früheren Angaben als auch den Prognosen der Gutachterin ohne nachvollziehbaren Grund. 4.3.4

Es ergibt sich somit, dass die Beschwerdeführerin das Vorliegen eines relevanten Gesundheitsschadens zu Recht verneint hat (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Dass die Dres. Z. ___ und A. ___ der Beschwerdeführerin in ihren fachärztlichen Berichten/Expertise (Urk. 7/10, Urk. 7/15 sowie Urk. 9) aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten, ändert daran nichts. Es ist deshalb davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens sowie optimaler und nachhaltiger Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten trotz der genannten psychischen Leiden zuzumuten ist, ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen. Die Beschwerdeführerin erkennt, dass nach Art. 7 Abs. 2 ATSG für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind, und dies zudem nur, soweit sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar sind (vgl. E. 4.1 und Urteil des Bundesgerichtes 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.3), welches Merkmal, wie dargelegt, erst bei überwiegend wahrscheinlicher Therapieresistenz gegeben ist. Die Aktenlage lässt jedoch keineswegs auf eine Therapieresistenz der besagten psychischen Leiden schliessen. Die Dres. Z. ___ und A. ___ hielten übereinstimmend fest, es sei von einer Besserung der Beschwerden – bis zur vollständigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit – auszugehen. 5.

Damit ist die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde, nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin

aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

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