

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00829 vom 3. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00829

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00829 du 3 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00829 del 3 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1961 geborene X.____

hat eine Ausbildung zur Luftverkehrsangestellten absolviert und war von Oktober 2012 bis Mai 2015 bei der Y.____, Z.____, als Sachbearbeiterin in der Buchhaltung angestellt (Urk. 7/4, 7/26). Unter Hinweis auf Erschöpfungszustände und eine depressive Episode meldete sie sich am 4. Juni 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst aktuellen Auszügen aus dem individuellen Konto (IK-Auszug;

Urk. 7/1, 7/24) insbesondere einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/26), Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/27, 7/32, 7/39 f. und 7/46) sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/28) ein. Darüber hinaus gab sie bei Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 9. Januar 2016 vorgelegt wurde (Urk. 7/49).

Am 13. Januar 2016 reichte Dr. A.____ einen Nachtrag zum Gutachten ein (Urk. 7/51). Mit Schreiben vom 22. Februar 2016 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sich ihr Gesundheitszustand seit Mitte Dezember 2015 wieder drastisch verschlechtert habe (Urk. 7/56). Nach Eingang mehrerer ärztlicher Berichte (Urk. 7/57, 7/62, 7/66 f. und 7/69/5 ff.) holte die IV-Stelle beim B.____

ein polydisziplinäres Gutachten ein (B.____-Gutachten vom 16. März 2017, Urk. 7/89). Mit Vorbescheid vom 18. Mai 2017 stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/91), wogegen diese am 15. Juni 2017 Einwand erhob (Urk. 7/94). Am 18. Juli 2017 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne (Urk. 7/98 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn

sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 14. August 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber die Versicherte mit Verfügung vom 11. Oktober 2017 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8).

Mit Eingabe vom 17. Dezember 2018 (Urk. 9) reichte jene je ein Schreiben der behandelnden Ärztin sowie der IV-Stelle vom 2. respektive 5. November 2018 ein (Urk. 10/1-2). Jeweils eine Kopie dieser Dokumente wird der IV-Stelle als Beilage zu diesem Urteil zugestellt.

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

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 2) zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Erwägung, die umfassenden Abklärungen hätten ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten hauptsächlich auf psychosoziale Gründe wie die Überlastung am Arbeitsplatz und familiäre Umstände zurückzuführen sei. Solche invaliditätsfremden Faktoren seien bei der Invaliditätsbemessung jedoch nicht zu berücksichtigen, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe.

E. 2.2

Dagegen brachte die Versicherte in ihrer Beschwerdeschrift vom 14. August 2017 (Urk. 1) vor, dass sie vom 9. März 2015 bis 31. Mai 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Trotzdem seien keine Massnahmen zur beruflichen Eingliederung durchgeführt worden. Zudem habe die Beschwerdegegnerin die Berichte der behandelnden Ärzte zu Unrecht als nicht relevant eingestuft. Unzutreffend sei schliesslich die von der IV-Stelle unter Hinweis auf psychosoziale Faktoren vorgenommene Unterscheidung zwischen invalidenversicherungsrechtlich relevanten und nicht relevanten Gesundheitsschäden. 3.
3.1 3.1.1

Ab Mitte September 2014 wurde der Beschwerdeführerin seitens verschiedener Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit unterschiedlichen Grades attestiert (vgl. Urk. 7/28/26 ff.). Mit Bericht vom 28. Januar 2015 diagnostizierte Dr. med. lic. phil. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Die Versicherte klagte über Schlafstörungen und Erschöpfungszustände, und es liege seit dem 5. Januar 2015 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vor

(Urk. 7/28/24). Mit Bericht vom 26. März 2015 hielt Dr. C.____ bei unveränderter Diagnose fest, dass sich der psychische Zustand nach einem zunächst erfreulichen Verlauf nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz wieder rapide verschlechtert habe, weshalb in Bezug

auf diese Tätigkeit

seit dem 9. März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 7/28/16). Mit Bericht vom 29. Juni 2015 attestierte sie sodann eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche erwerbliche Tätigkeit (Urk. 7/27). 3.1.2

Vom 29. Juni bis 4. September 2015 befand sich die Versicherte in der D.____ in stationärer Behandlung. Dabei wurde n

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0), und histrionisch-narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) , diagnostiziert. Nebst einer gedrückten Stimmung, einer Verminderung des Antriebs, einer massiv erhöhten Ermüdbarkeit und vermindertem Selbstvertrauen habe namentlich eine leichtgradig verminderte Konzentrationsfähigkeit festgestellt werden können . Ferner hätten ein schwergradiges Grübeln bezüglich der Zukunft und eine massig verminderte Schwingungsfähigkeit vorgelegen. Die Versicherte imponiere auch dadurch , dass sie Frustrationen oder Enttäuschungen nur schwerlich ertragen könne .

Es sei ihr aktuell zumutbar, für zwei Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 7/39/1 f.). 3.1.3

Dr. C.____ attestierte mit Bericht vom 10. November 2015 wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit . Dies gelte sowohl für die angestammte Tätigkeit als Buchhalterin, als auch für andere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es liege nach wie vor eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) vor (Urk. 7/46). 3. 2

Dr. A.____

nannte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 9. Januar 2016 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/49/28): - histrionisch -narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4).

Demgegenüber hätten folgende (Differential-)Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - akzentuierte, histrionisch -narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) , - Status nach psychosozialen , depressiv- neurasthenieformen Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.9) nach beruflicher Belastung, im Rahmen der Hauptdiagnose.

Anlässlich der psychiatrischen Exploration habe sich die Versicherte ausführlich zur Entwicklung ihres psychischen Leidens geäußert . Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit sei es im Jahr 2014 zu einer starken Überlastung gekommen, da ihr Vorgesetzter krankheitsbedingt ausgefallen sei und sie dessen Aufgaben habe übernehmen müssen.

Sie habe darauf zunächst mit stressbedingtem Erbrechen reagiert. Darüber hinaus hätten sich Zukunftsängste um ihre Arbeit und eine Angst vor damit verbundenen finanziellen Problemen entwickelt. Die damals bereits seit zehn Jahren bestehenden Schlafstörungen hätten sich ebenfalls verschlimmert . In der Folge sei es zu mehreren Klinikaufenthalten gekommen; auch habe sie versucht, ihr Leiden mit verschiedenen Medikamenten anzugehen. Inzwischen schlafe sie wieder besser, was sie jedoch eher auf die seit September 2015

in Anspruch genommene

Kinesiologie und Akupunktur zurückführe. Ihre Stimmung habe sich wieder stabilisiert und seit Anfang November 2015 hätten sich auch ihre Energie und Vitalität deutlich gebessert (

Urk. 7/49/12 ff.).

Zum Psychostatus führte Dr. A. ____

insbesondere aus, dass sich keine Hinweise für Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen gezeigt hätten. Sowohl Konzentration als auch Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien objektiv nicht eingeschränkt gewesen. Grübeln habe die Versicherte verneint; jedoch habe sie von negativen Zukunftsgedanken, Existenzängsten und einem geringen Selbstwertgefühl berichtet, wobei es ihr in dieser Hinsicht seit Anfang November 2015 besser gehe. Anhaltspunkte für Zwangsgedanken oder -handlungen, eine Wahnsymptomatik oder für Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben. In affektiver Hinsicht seien reduzierte Vitalgefühle sowie eine gedankliche Einengung auf die psychische und berufliche Situation vorhanden gewesen. Im Kontakt sei die Versicherte anfangs sehr misstrauisch, vorwurfsvoll und nicht schwingungsfähig gewesen. Ferner habe sie über ein schwankendes depressives Gefühl geklagt. Psychomotorisch habe sie sich normal bis etwas lebhafter verhalten. Hinweise für Suizidalität oder Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben (Urk. 7/49/17).

Angesichts der relativ blauen Befunde lägen aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Während der Begutachtung seien allerdings ein manipulatives Verhalten und ein histrionisches

Interaktionsmuster aufgefallen.

Klinisch sei von einer deutlichen histrionisch-narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, welche sich in einer von der Versicherten selbst bestimmten und nicht leitliniengerechten Behandlung,

in den aus psychiatrischer Sicht kaum nachvollziehbaren heftigen Reaktionen auf verschiedene Medikamente sowie in den teilweise sehr schwierigen Beziehungen zu den Therapeuten widerspiegeln (Urk. 7/49/21 f.). Ursache der leicht- bis mittelgradig depressiven Krise seit Herbst 2014 seien wiederholte Kränkungserlebnisse mit resultierenden Stellenwechseln und aktueller Arbeitslosigkeit. Es handle sich dabei weniger um eine Depression im engeren Sinne, als vielmehr um eine psychische Krise mit depressiv-ängstlichen Erschöpfungssymptomen im Rahmen der Persönlichkeitsproblematik und der psychosozialen Belastungsfaktoren wie Alter oder Angst vor erneuten Konflikten mit Vorgesetzten (Urk. 7/49/25).

Im Ergebnis bestehe für die Tätigkeit als Sekretärin respektive Sachbearbeiterin in verantwortungsvoller Stellung (Direktionsassistentin, Kassiererin etc.) vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Problematik. Weitere Konflikte mit Vorgesetzten seien sehr wahrscheinlich. Diese Einschätzung gelte seit Herbst 2014. Als einfache Sekretärin beziehungsweise Mitarbeiterin der Administration sei die Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Ein spezielles Belastungstraining sei weder sinnvoll noch indiziert. Eine leidensadaptierte Tätigkeit umfasse einfache administrative Arbeiten wie beispielsweise in der Datenverarbeitung und in anderen Bereichen wie Reinigung, Hauswirtschaft, Wäscherei, Gärtnerei oder Industrie. Diese seien seit Abschluss der Schullaufbahn abgesehen von den Zeiten einer mittelschweren depressiven Symptomatik - zu 100% zumutbar gewesen (Urk. 7/49/31). An dieser Beurteilung hielt Dr. A. ____ auch in ihrem Gutachtensnachtrag vom 13. Januar 2016 fest (Urk. 7/51/2). 3.3 3.3.1

Mit Bericht vom 15. Februar 2016 äusserte sich Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dahingehend, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit Mitte Dezember 2015 verschlechtert habe. Diese sei psychisch und physisch absolut erschöpft, weshalb es ihr unmöglich sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 7/57/3 f.). Mit Bericht vom 6. Juni 2016 teilte Dr. E.____ sodann mit, dass sich die Situation seit Mitte Mai 2016 leicht gebessert habe und in naher Zukunft mit einer stundenweisen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (Urk. 7/62). 3.3.2

Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 15. Februar 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2). Seit Anfang Januar 2016 seien bei der Versicherten namentlich schwere Konzentrations- und Erinnerungsstörungen vorhanden, welche wiederum auf schwere Schlafstörungen zurückzuführen seien. Ausserdem sei das formale Denken durch starkes Grübeln gestört. Die Versicherte sei des Weiteren gereizt, innerlich unruhig, klagsam sowie antriebsarm und berichte von sozialem Rückzug. Morgens würden undifferenzierte Suizidideen auftreten, ohne konkrete Selbstgefährdung. Vor diesem Hintergrund liege bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 7/57/1 f.).

Mit Berichten vom 28. Juni und 15. Juli 2016

ging Dr. F.____ von einer leichten Besserungstendenz der depressiven Erkrankung aus, wobei sie jeweils eine Arbeitsfähigkeit von 30 % für die angestammte Tätigkeit attestierte (Urk. 7/66 f.). 3.3.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 4. September 2016 die Diagnose einer langgezogenen depressiven Episode, aktuell mittelschweres bis schweres depressives Zustandsbild (ICD-10 F32.2). Seit Februar 2016 habe sich eine schrittweise Besserung der depressiven Symptomatik eingestellt. Es sei zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung, einer Rückkehr der Interessen und einer zögerlichen Besserung der schweren Antriebsstörung gekommen. Die Versicherte habe anlässlich des letzten Kontrolltermins von einer guten psychischen Verfassung berichtet. Aus ihrer Sicht bestünden keine depressiven Symptome mehr; körperlich sei sie aber aufgrund erhöhten Körpergewichts sehr viel leichter erschöpfbar. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin aufgrund der anhaltend erhöhten Erschöpfbarkeit weiter hin nur reduziert belastbar. Seit Mitte Juli 2016 bestehe eine 30%ige Arbeitsfähigkeit, wobei ab Oktober 2016 eine Erhöhung auf ein 40%-Pensum geplant sei (zum Ganzen Urk. 7/69/6 ff.). 3.4

Dem polydisziplinären B.____-Gutachten vom 16. März 2017 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/89/33): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (Restsymptomatik chronische Müdigkeit) bei Status nach schwerer depressiver Episode, - akzentuierte Persönlichkeitszüge (narzisstisch-histrionisch).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber eine chronische Insomnie im Rahmen der depressiven Störung sowie ein Verdacht auf ein bilaterales Carpal-Tunnelsyndrom.

Gegenüber Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe die Versicherte angegeben, sich nicht mehr depressiv, aber ausgeprägt erschöpft zu fühlen. Trotz genügend Schlaf leide sie an einer Müdigkeit, welche sie auf eine Nebenniereninsuffizienz

zurückführe. Ausserdem verspüre sie leichte lumbale Rückenschmerzen sowie Schmerzen im linken Knie (Urk. 7/89/14). Aus internistischer Sicht hätten sich keine relevanten Pathologien und damit in Verbindung stehende Funktionsstörungen eruieren lassen. Anhaltspunkte für eine interne Ursache der Müdigkeit beziehungsweise der raschen Erschöpfbarkeit hätten sich nicht ergeben. Diese könne in Anbetracht der durchwegs normalen Laborbefunde nicht auf eine Niereninsuffizienz oder eine Schilddrüsenfunktionsstörung zurückgeführt werden (Urk. 7/89/15 f.).

Im Rahmen der Untersuchung durch Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, habe die Beschwerdeführerin ihre chronische Müdigkeit in den Vordergrund gestellt, wodurch sie in ihrer Lebensführung eingeschränkt sei. Im Weiteren habe sie von nächtlichen Sensibilitätsstörungen an beiden Händen mit wechseln der Seitenbetonung berichtet. Diese seien wohl durch eine ungünstige Lagerung während des Schlafes bedingt und würden sich im Tagesverlauf nicht manifestieren (Urk. 7/89/18 f.). Aus neurologischer Sicht seien weder hirn fokale Symptome noch Hinweise auf eine spinale respektive auf eine peripher-neurogene Läsion vorhanden. Eine schlafmedizinische Abklärung im Juni 2015 habe eine normale objektive Einschlafneigung ohne Hinweise auf eine Narkolepsie ergeben. Die aktuell geklagte Müdigkeit sei überwiegend wahrscheinlich als Residuum der depressiven Episode zu werten. Die geklagten nächtlichen Sensibilitätsstörungen an beiden Händen würden stark für ein Carpal-tunnelsyndrom sprechen, wobei sich aktuell keine klinischen Hinweise darauf ergeben hätten. Auch im Übrigen bestünden angesichts der durchwegs unauffälligen somatischen Untersuchungsbefunde keine Anhaltspunkte für ein neurologisches Leiden (Urk. 7/89/21).

Anlässlich der psychiatrischen Exploration durch Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Versicherte ebenfalls über die chronische, schwere Müdigkeit geklagt. Weitere Beschwerden habe sie auf entsprechende Nachfrage hin verneint (Urk. 7/89/25). Objektiv sei sie in ihrer Affektivität noch in leichtem Masse - vorwiegend apathisch-gehemmt und leicht dysphorisch - eingeschränkt gewesen. Subjektiv erlebe sich die Beschwerdeführerin allerdings nicht mehr als depressiv. Bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit habe sie eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und ein Nachlassen der Orientierungsfähigkeit angegeben. Objektiv sei sie jedoch sowohl örtlich als auch zeitlich und autopsychisch voll orientiert und bei klarem Bewusstsein gewesen. Erfragte Daten und Fakten habe sie ohne Probleme ekphorisiert. Klinisch-psychiatrisch und anamnestisch bestehe kein Verdacht auf eine organisch bedingte kognitive Leistungseinbusse. Möglich sei, dass es infolge des Alters allmählich zu Problemen in Bezug auf das Abrufen von Gedächtnisinhalten komme. Im Übrigen seien die formalen und inhaltlichen Gedankengänge unauffällig gewesen. Hinweise auf Phobien sowie Ich- oder Wahrnehmungsstörungen seien ebenfalls nicht vorhanden gewesen (Urk. 7/89/27). Gesamthaft handle es sich bei der Versicherten um eine etwas narzisstisch strukturierte Persönlichkeit mit starkem Charakter und gewissen histrionischen Persönlichkeitszügen. Es sei davon auszugehen, dass sie unter einer schweren depressiven Erkrankung gelitten habe beziehungsweise unter einer rezidivierend depressiven Störung leide. Aktuell sei die Depression weitgehend abgeklungen; die geklagte chronische Ermüdbarkeit und rasche Erschöpfbarkeit könne noch als Restsymptomatik interpretiert werden. Durch diese sei die Versicherte derzeit noch wenig belastbar und die Fähigkeit zur Strukturierung und Planung von Aufgaben sei beeinträchtigt. Leicht eingeschränkt sei ausserdem die Durchhaltefähigkeit sowie die Fähigkeit, sich an Routinen und Regeln anzupassen (Urk.

7/89/28 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen durch durchschnittlich seit Oktober 2014 zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei, wobei sich die retrograde Beurteilung als sehr schwierig gestaltet. Ab Juni 2017 könne von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Diese Beurteilung gelte sowohl für die angestammte als auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit (Urk. 7/89/36). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.). Zwecks Abklärung der gesundheitlichen Situation der Versicherten gab die IV-Stelle zwei Gutachten in Auftrag (Urk. 7/49, 7/89) , weshalb vorab auf deren Beweiswert einzugehen ist.

Die Expertisen basieren auf umfassenden psychiatrischen und - bezogen auf das B.____ -Gutachten - internistischen sowie neurologischen Abklärungen. Sie wurden in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/49/3 ff., 7/89/ 4 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 7/49/8 ff., 7/89/10 ff., 7/89/17 ff. und 7/89/23 ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 7/49/28 ff., 7/89/ 15 f., 7/89/20 ff., 7/89/28 f. und 7/89/33 ff.). Soweit möglich erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/49/23 ff., 7/89/16, 7/89/22 und 7/89/30 f.). Insgesamt erfüllen somit beide Gutachten die formalen Kriterien für beweiswerte medizinische Expertisen (vgl. E. 1.4). 4.2

Unbestritten und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist , dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin in der Buchhaltung aus rein somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist. So sind weder dem internistischen noch dem neurologischen Teilgutachten des

B.____ Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/89/15 f., 7/89/ 20 ff.). In Bezug auf körperliche Leiden nimmt die Versicherte denn auch - soweit ersichtlich - keine regelmässigen medizinischen Behandlungen in Anspruch. 4.3 4.3.1

Zwischen den Parteien besteht jedoch Uneinigkeit darüber, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund psychischer Erkrankungen eingeschränkt war respektive immer noch ist. Die Versicherte führt in diesem Zusammenhang grundsätzlich zutreffend an, dass auch ein psychischer Gesundheitsschaden einen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung begründen kann (Urk. 1 S. 2). Allerdings können sich gemäss bundesgerichtlicher Praxis prinzipiell nur schwere psychische Störungen invalidisierend auswirken (BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Ferner muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitwert umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild bestimmen (BGE 127 V 294 E. 5a). Im Übrigen ist im Zuge der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei grundsätzlich sämtlichen psychischen Leiden eine Prüfung der vom Bundesgericht festgelegten Standardindikatoren durchzuführen (vgl. E. 1.3), wobei nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten in diesem Zusammenhang nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Entscheidend ist viel mehr, ob sie eine schlüssige Beurteilung

im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). 4.3.2

Dr. A.____ konnte im Rahmen ihrer Untersuchung kaum mehr eine nennenswert leistungsbeeinträchtigende depressive Symptomatik feststellen. Sie vertrat die Auffassung, dass es sich bei der histrionisch -narzisstischen Persönlichkeits-akzentuierung um das eigentliche Problem handle. Im Ergebnis ging sie von keinen relevanten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Sekretärin beziehungsweise Sachbearbeiterin ohne grössere Verantwortung

aus (Urk. 7/49/26, 7/49/31). Die B.____ -Gutachter attestierten demgegenüber aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie der narzisstisch- histrionischen Persönlichkeitszüge für den Zeitraum von Oktober 2014 bis Juni 2017 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 7/89/36). Zu prüfen ist somit, welche diese r

divergierenden Beurteilungen mit Blick auf die massgeblichen Standardindikatoren zu überzeugen vermögen.

Zum Komplex

„ Gesundheitsschädigung “ ist festzuhalten, dass beide

psychiatrischen Gutachter keine schwer ausgeprägten diagnoserelevanten Befunde und Symptome feststellen konnten (vgl. Urk. 7/49/17 ff., 7/49/25 f., 7/89/25 ff. und 7/89/35 ; vgl. ferner auch Urk. 7/69/9). Im Gegenzug finden sich jedoch zahlreiche Hinweise auf das Beschwerdebild bestimmende invaliditätsfremde Faktoren , welche es auch im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens zu berücksichtigen gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2015 vom 20. Mai 2016 E. 3.2) . So führte die Beschwerdeführerin ihre psychische Problematik selbst auf eine schwierige und monatelang anhaltende Überlastungssituation am damaligen Arbeitsplatz zurück . Gleichzeitig waren Erziehungsprobleme mit der Tochter aufgetreten (Urk. 7/49/12, 7/49/21 und 7/89/25 ; vgl. zudem Urk. 7/7/5, 7/32/1 und 7/39/3). Im Weiteren ist in Bezug auf den Indikator

„ Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz “ darauf hinzuweisen, dass von einem Scheitern von indizierten und leitungsgeführten Therapien nicht die Rede sein kann.

Dr. A.____ hielt gar fest, dass bis zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung keine leitliniengerechte psychiatrische Behandlung durchgeführt worden sei (Urk. 7/49/28 f.). Dr. J.____ sprach sich für eine Weiterführung der psychiatrischen Therapie aus (Urk. 7/89/31). Zum Indikator „ Komorbiditäten “ bleibt anzumerken, dass weder schwerwiegende körperliche noch psychische Begleiterkrankungen zur depressiven Störung hinzutreten. Insbesondere die akzentuierten Persönlichkeitszüge , welche gemäss bundesgerichtlicher Praxis keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermögen, sind nicht als Komorbidität einzustufen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4).

Die histrionisch -narzisstischen Persönlichkeitszüge sind jedoch im Komplex „ Persönlichkeit “

zu berücksichtigen. Es liegt nahe, dass dadurch gewisse Einschränkungen in der Beziehungsgestaltung bestehen (vgl. Urk. 7/49/17). Ausreichend Anhaltspunkte für eine eigentliche Persönlichkeitsstörung, welche sich im Gegensatz zu

Persönlichkeitsakzentuierungen grundsätzlich invalidisierend auswirken kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen), liegen allerdings nicht vor. Dr. A.____

sprach sich im Ergebnis eher für akzentuierte Persönlichkeitszüge aus (vgl. Urk. 7/49/23 ff.). Diese Ansicht vertraten sodann auch Dr. J.____ und einzelne behandelnde Fachkräfte (vgl. Urk. 7/39/1 , 7/89/35).

Zum Komplex „ sozialer Kontext “ ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin insbesondere gegenüber den behandelnden Ärzten

von einem sozialen Rückzug berichtet hat (vgl. etwa Urk. 7/27/2, 7/28/24 , 7/39/1 und 7/57/1). Gleichwohl geht aus den Gutachten hervor, dass die Versicherte über ein intaktes Beziehungsnetz verfügt, welches unter anderem ihre Tochter sowie verschiedene Freunde umfasst (Urk. 7/49/12 , 7/89/11). Dr. J.____ ging denn auch von einer guten sozialen Integration aus (Urk. 7/89/29). Vor diesem Hintergrund kann nicht auf einen erheblichen krankheitsbedingten sozialen Rückzug geschlossen werden.

Einzugehen bleibt auf den beweisrechtlichen entscheidenden Aspekt der Konsistenz. In diesem Zusammenhang ist zunächst festzuhalten, dass ein Leidensdruck behandlungsanamnestisch nur bedingt ausgewiesen ist. Wie bereits ausgeführt, unterzog sich die Versicherte jedenfalls bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. A.____ keiner leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, sondern legte Wert auf alternative Medizin . Die Gutachterin führte dies jedoch auch auf ein mangelndes Introspektions- und Selbstreflexionsvermögen zurück, was es zu berücksichtigen gilt (Urk. 7/49/22 , 7/49/28 f.). Auch nach der von ihr geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Zustands im Februar 2016 (Urk. 7/56) nahm die Versicherte jedoch bereits nach vergleichsweise kurzer Zeit nur mehr ein bis zwei Mal pro Monat Termine bei den behandelnden Fachärzten wahr (vgl. Urk. 7/62/2 , 7/66/2, 7/67/2 und 7/69/10). Ein erheblicher Leidensdruck liegt in Anbetracht dieser Umstände nicht nahe. Ein Blick auf das Aktivitätsniveau der Versicherten spricht ebenfalls nicht dafür; jedenfalls ist keine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennbar. Die Beschwerdeführerin war grundsätzlich in der Lage, ihren Haushalt selbst zu besorgen, Kontakte zu pflegen, einen Personenwagen zu führen, einer geregelten Tagesstruktur nachzugehen sowie eine neue Arbeitsstelle zu suchen und dieser Tätigkeit ab Juni 2016 in einem 30%-Pensum nachzugehen . Zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das

B.____ war sie zu 40 %

erwerbs tätig, wobei sie zudem Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezog (Urk. 7/49/12, 7/89/11 ff.). Demzufolge erachtete sie sich offenbar selbst als vermittlungsfähig und damit gesundheitlich in der Lage, ein höheres Arbeitspensum zu absolvieren , als sie tatsächlich ausgeübt hat. 4.3.3

Gesamthaft ergibt die detaillierte Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer vorhandenen Ressourcen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage ist, ihrer angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin in der Buchhaltung in leistungsaus schliessendem Ausmass nachzugehen. Dafür sprechen nebst den weitgehend unauffälligen objektiven Befunden namentlich die erheblichen (invaliditätsfremden) psychosozialen Belastungsfaktoren, die fehlende Therapieresistenz, die nicht vorhandenen Komorbiditäten, das intakte soziale

Umfeld sowie die nicht gleich mässige Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Als nur leicht ressourcenhemmend sind die Persönlichkeitsstruktur und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Introspektions- und Selbstreflexionsfähigkeit einzuordnen. Ein rechtsgenügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ist insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen, weshalb die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen zu tragen hat (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). Mit anderen Worten kann auf die seitens der B.____ -Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht abgestellt werden. 4.4

Abschliessend bleibt auf die Rüge der Versicherten einzugehen, wonach statt auf die beiden Gutachten vielmehr auf die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen sei, welche von der Beschwerdegegnerin unabhängig seien (Urk. 1 S. 2).

Soweit die Beschwerdeführerin damit die Unabhängigkeit beziehungsweise Unvoreingenommenheit der versicherungsexternen Gutachter in Frage zu stellen beabsichtigt, ist darauf hinzuweisen, dass

Ausstands- oder Ablehnungsgründe gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung so früh wie möglich geltend gemacht werden müssen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Einwendungen dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn dies schon vorher möglich und zumutbar gewesen wäre. Wird eine sachverständige Person nicht unverzüglich als befangen abgelehnt, wenn die betroffene Person vom Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, verwirkt sie den Anspruch auf spätere Anrufung dieser Verfahrensgarantie (BGE 137 V 210 E. 6.1.1 mit Hinweisen). Überdies ist mit Blick auf das B.____ -Gutachten darauf hinzuweisen, dass sich Ausstandsbegehren stets nur gegen eine bestimmte Person, nicht aber gegen eine Gutachterstelle richten können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_91/2016 vom 14. März 2016 mit Hinweis).

Soweit die Versicherte geltend machen will, die Berichte der behandelnden Ärzte seien den Gutachten vorzuziehen, ist dem ebenfalls zu widersprechen. In diesem Kontext ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass

behandelnde Arztpersonen respektive Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist nicht stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Fachkräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Eben solche Aspekte sind im konkreten Fall nicht ersichtlich und werden von der Versicherten auch nicht substantiiert vorgebracht. Darüber hinaus verfügten die Gutachter über detaillierte Kenntnis der vorangegangenen ärztlichen Einschätzungen und zogen diese in ihre Beurteilung mit ein (vgl. E. 4.1).

Schliesslich bleibt

anzumerken, dass auf die Berichte von Dr. E.____ (Urk. 7/40/1 ff., 7/57/3 f. und 7/62) ohnehin nicht abgestellt werden kann, weil sie als Fachärztin für Allgemeine Innere

Medizin nicht über die notwendige fachliche Qualifikation im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Dies ist in Bezug auf den Beweiswert ihrer Ausführungen zum psychischen Status der Versicherten von erheblicher Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). An dieser Beurteilung vermag im Übrigen auch das Schreiben von Dr. E.____ vom 2. November 2018 (Urk. 10/2) nichts zu ändern. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenantrag der Versicherten in der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 2) zu Recht verneint hat. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer psychischen Beschwerden ihrer angestammten Tätigkeit in rentenausschliessendem Ausmass nachgehen kann.

Dementsprechend erweist sich die angefochtene Verfügung als korrekt, weswegen die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

00.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk.

E. 9

sowie Urk. 10/1-2 - 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

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