Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

9C 539/2015 {T 0/2}

Urteil vom 21. März 2016

II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Glanzmann, Präsidentin,
Bundesrichter Meyer,
Bundesrichterin Pfiffner,
Gerichtsschreiberin Fleischanderl.

Verfahrensbeteiligte
A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Reto Zanotelli,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle des Kantons Zürich,
Röntgenstrasse 17, 8005 Zürich,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Invalidenversicherung
(Invalidenrente; Arbeitsunfähigkeit),

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich
vom 22. Mai 2015.

Sachverhalt:

A.
Die 1972 geborene A._____, verheiratet und Mutter dreier 2002, 2006 und 2007 geborener Kinder, meldete sich am 27. Januar 2011 unter Hinweis auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom, eine Erschöpfungsdepression sowie ein Restless-Legs-Syndrom bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Zürich klärte in der Folge die Verhältnisse in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht ab, wobei sie namentlich Berichte der Frau Dr. med. B._____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, (undatiert), des Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie, vom 20. Juni 2011und des Dr. med. D._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 29. September 2011 einholte. Nachdem vorbescheidweise die Ablehnung des Rentenersuchens in Aussicht gestellt worden war, veranlassten die IV-Organe auf Intervention der Leistungsansprecherin hin im März 2012 eine Begutachtung durch Dr. med. E._____, Psychiatrie und Psychotherapie. Die darauf beruhende Expertise wurde am 26. November 2012 verfasst. Mit Verfügung vom 6. Dezember 2013 hielt die IV-Stelle am abschlägigen Rentenbescheid fest.

B.
Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ab (Entscheid vom 22. Mai 2015).

C.
A._____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen und beantragen, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids sei die IV-Stelle anzuweisen, Abklärungen zur Bemessung des Invaliditätsgrades vorzunehmen und ihr gestützt darauf eine Invalidenrente auszurichten. Der Eingabe liegen u.a. Berichte des Spitals F._____ vom 30. Juni 2015 und der Klinik G._____ AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Juli 2015 bei.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist folglich weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (BGE 134 V 250 E. 1.2 S. 252 mit Hinweisen; 133 III 545 E. 2.2 S. 550).

1.2. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz auf Rüge hin oder von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 beruht, und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 105 Abs. 2 und Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Vorliegen dieser Voraussetzungen hat die Beschwerde führende Person genau darzulegen. Dazu genügt es nicht, einen von den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz abweichenden Sachverhalt zu behaupten oder die eigene Beweiswürdigung zu erläutern (BGE 137 II 353 E. 5.1 S. 356; Urteil 9C 779/2010 vom 30. September 2011 E. 1.1.2, nicht publ. in: BGE 137 V 446, aber in: SVR 2012 BVG Nr. 11 S. 44).

1.3. Die gestützt auf medizinische Akten gerichtlich festgestellte Arbeitsfähigkeit ist eine Tatfrage (BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 397 ff.). Rechtsfragen stellen demgegenüber die unvollständige Feststellung rechtserheblicher Tatsachen sowie die Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG) und der Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten dar (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Die konkrete und die antizipierte Beweiswürdigung bilden wiederum Tatfragen (Urteile 9C 1019/2010 vom 30. März 2011 E. 1.2 f. und 9C 204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 4.1, nicht publ. in: BGE 135 V 254, aber in: SVR 2009 IV Nr. 53 S. 164).

1.4. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) 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 medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f.; 140 V 193 E. 3 S. 194 ff.; je mit Hinweisen). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit 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 S. 355 f.). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.; Urteile 8C 746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.2 und 9C 146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.
Streitig und zu prüfen ist, ob das kantonale Gericht zu Recht einen rentenrelevanten Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin verneint hat.

2.1. Im angefochtenen Entscheid wurden die massgeblichen rechtlichen Grundlagen zutreffend wiedergegeben. Es betrifft dies insbesondere die Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu den Begriffen der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 Abs. 1 ATSG) sowie zum Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG). Darauf wird verwiesen.

2.2. Anzumerken ist ferner, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hat. Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396). Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüf-rasters beurteilt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.2 S. 353 und 139 V 547 E. 5.9 S. 558 f.), und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes hält das Bundesgericht an der Überwindbarkeitsvermutung nicht länger fest (BGE 141 V 281 E. 3.5 S. 294). Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturierter, normativer Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad
bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteile 9C 534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 und 9C 899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 3.1, in: SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121).

2.2.1. Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.) : Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1 S. 298; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1 S. 298 f.]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2 S. 299 f.]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3 S. 300 ff.]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2 S. 302]) und "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3 S. 303) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4 S. 303]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1 S. 303 f.) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2 S. 304). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) anderseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1 S. 291 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist
nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 am Ende S. 308).

2.2.2. Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.; vgl. auch Urteile 9C 549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C 899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4, in: SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121).

2.2.3. Intertemporalrechtlich gilt es sodann zu beachten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

3.

3.1. Gemäss - übereinstimmend als grundsätzlich beweiskräftig eingestuftem - psychiatrischem Gutachten des Dr. med. E._____ vom 26. November 2012 leidet die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, im Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), sowie an einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0).

3.2. Das kantonale Gericht ging gestützt darauf davon aus, dass die Versicherte an einem mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) vergleichbaren psychosomatischen Beschwerdebild (Urteil I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) erkrankt sei, weshalb die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach Massgabe der sog. Schmerzrechtsprechung zu erfolgen habe. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber die Auffassung, die rezidivierende depressive Störung - und nicht die den "unklaren Beschwerdebildern" zuzuordnende Neurasthenie - stehe im Vordergrund des Krankheitsgeschehens.
Die vorinstanzliche Qualifikation, ob das depressive Zustandsbild lediglich als Begleiterscheinung der Schmerzfehlentwicklung oder als selbstständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen ist (vgl. Urteil 9C 173/2015 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2, in: SZS 2015 S. 562), beschlägt eine vom Bundesgericht frei überprüfbare Rechtsfrage (Urteil 9C 125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Sie braucht indessen, wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt, nicht abschliessend beantwortet zu werden.

4.
Wird mit dem erstinstanzlichen Gericht angenommen, dass die Erkrankung der Beschwerdeführerin unter die anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen fällt, ist die tatsächlich erreichbare Leistungsfähigkeit anhand des erwähnten Indikatorenkatalogs zu beurteilen (E. 2.2.1 hievor). Grundsätzlich sind Rechtsprechungsänderungen, so auch jene von BGE 141 V 281, auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil 9C 354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5 mit diversen Hinweisen). Wie nachfolgend gezeigt wird, erlauben die medizinischen Akten, insbesondere die Expertise des Dr. med. E._____ vom 26. November 2012,eine schlüssige Beurteilung auch im Lichte der massgeblichen Indikatoren. Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich daher.

4.1. Zunächst sind im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" die Indikatoren zum Komplex "Gesundheitsschädigung" näher auszuleuchten. Entscheidwesentlich sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten.

4.1.1. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wurde im angefochtenen Entscheid in Wiedergabe der aktenkundigen ärztlichen Angaben, namentlich der Berichte der Frau Dr. med. B._____ (undatiert) und des Dr. med. C._____ vom 20. Juni 2011 sowie des Gutachtens des Dr. med. E._____ vom 26. November 2012, aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin erstmals anlässlich ihrer ersten Schwangerschaft 2001/02 unter erheblichen Schlafstörungen und Erschöpfungszuständen gelitten hatte. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen traten in der Folge immer wieder auf und verstärkten sich insbesondere während zweier weiterer Schwangerschaften in den Jahren 2005/06 und 2007. Zudem stellte sich eine zunehmende rezidivierende depressive Symptomatik ein. Nachdem Ende 2007 der jüngste Sohn zur Welt gekommen war, geriet die Versicherte mit den drei Kindern und den Verpflichtungen um den familiären Hausbau in eine neuerliche Erschöpfung. Im Zeitpunkt der Begutachtung anfangs Juli 2012 bejahte Dr. med. E._____ das Vorliegen einer depressiven Stimmung, eines Interessenverlusts, von Freudlosigkeit, Antriebsmangel sowie einer erhöhten Ermüdbarkeit. Zudem nannte er als Zusatzsymptome eine verminderte Konzentration und
Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven sowie Schlafstörungen. Als "somatische" Symptome wurden überdies Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten, mangelnde emotionale Reagibilität auf an sich freudige Ereignisse, frühmorgendliches Erwachen, morgendliches Stimmungstief und eine psychomotorische Hemmung angeführt. Darüber hinaus beklage die Explorandin - so der Arzt im Weiteren - eine anhaltende und quälende Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung, eine körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen, diffuse körperliche Beschwerden ("Ganzkörperschema") und eine gewisse Reizbarkeit. Demgegenüber stellte Dr. med. E._____ auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit keine Einschränkung fest (positiv erlebte Aussenkontakte, intakte Familienstruktur). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr an-

gehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) wurde ebenso wie ein sozialer Rückzug in sämtlichen Lebenslagen gutachtlich verneint. Die bisherigen stationären/ambulanten Behandlungsmassnahmen hätten sodann bislang keine wesentliche Besserung des Beschwerdebildes ergeben, wiewohl auch gewisse Hinweise auf eine Malcompliance vorhanden seien.
Vor diesem Hintergrund ist eine gewisse Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht von der Hand zu weisen. Wie der durch die Vorinstanz detailliert beschriebene Tagesablauf der Beschwerdeführerin jedoch anschaulich belegt, ist sie trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen dennoch in der Lage, einen notorischerweise anspruchsvollen und anstrengenden Alltag mit drei im Zeitpunkt der Verfügung (vom 6. Dezember 2013) 11-, 7- und 6-jährigen Kindern weitgehend selbstständig zu bewältigen, einschliesslich der Begleitung der Kinder zu deren sportlichen Betätigungen und Autofahrten. Dreimal wöchentlich pflegt sie ferner soziale Kontakte ausserhalb der Familie und macht ab und zu kurze Spaziergänge. Auch wenn die Versicherte im Rahmen der Hausarbeiten auf die Unterstützung ihrer Mutter und Schwiegermutter angewiesen ist, kann allein daraus nicht auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden.

4.1.2. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien, weisen die gutachtlichen Ausführungen des Dr. med. E._____ vom 26. November 2012 auf regelmässig stattfindende hausärztliche, psychiatrische und psychologische Behandlungen hin. Ferner unterzieht sich die Beschwerdeführerin einer Kraniosakraltherapie und Akupunktursitzungen. Die bisherigen stationären/ambulanten Behandlungsmassnahmen hätten, so die zusammenfassende Beurteilung des Gutachters, keine wesentliche Besserung des Beschwerdebildes ergeben. Es bestünden aber, wie dem eindrücklichen Bericht des Dr. med. C._____ vom 20. Juni 2011 zu entnehmen sei, auch Hinweise auf eine Malcompliance. Prognostisch beurteilte Dr. med. E._____ den aktuellen Behandlungsrahmen als therapeutisch adäquat. Weitergehende medizinische Massnahmen, beispielsweise stationäre/teilstationäre Behandlungen, seien aus derzeitiger Sicht wenig erfolgversprechend, würden sie die Regressionstendenz und Krankheitsüberzeugung der Explorandin doch eher fördern. Auch berufliche Vorkehren erachtete der Gutachter angesichts der demonstrierten ausgeprägten Dekonditionierung eigentlich als angezeigt, stufte sie auf Grund der
erheblichen Insuffizienzüberzeugung aber ebenfalls als kaum chancenreich ein. Das Chronifizierungsrisiko werde durch IV-fremde psychosoziale Kontextfaktoren (ausgeprägte Insuffizienzüberzeugung, passive Heilungserwartung, Nicht-Anerkennung der Beschwerden durch andere, Dekonditionierung, sekundärer Krankheitsgewinn [Unterstützung durch die Familie, Entlastung]bei laufendem versicherungsrechtlichem Verfahren) deutlich erhöht.
Die Beschwerdeführerin befindet sich nach dem Gesagten seit Jahren in (fach-) ärztlicher Behandlung, ohne dass die entsprechenden Massnahmen einen nachhaltigen Erfolg im Sinne einer anhaltenden Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustands bewirkt hätten. Dieser Umstand liegt jedoch gemäss einhelliger ärztlicher Aussage zumindest teilweise auch im wenig kooperativen Verhalten der Versicherten selber bzw. deren Krankheitsüberzeugung begründet. So hatte namentlich Dr. med. C._____ darauf hingewiesen, dass eine konsequente Therapierung durch den ständigen Druck in Richtung eines (kontraproduktiven) Aktivismus und die eigene Sichtweise der Patientin in Bezug auf die Behandlung ihrer Erkrankung verunmöglicht worden sei. Ferner habe sie ihre Medikation ohne Rücksprache eigenmächtig geändert (Bericht vom 20. Juni 2011). Anhaltspunkte für Letzteres ergeben sich sodann auch aus der Auflistung der Frau Dr. med. H._____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, vom 5. August 2010, wonach die Versicherte im Zeitraum vom 28. Mai 2008 bis 5. August 2010 über 15 Medikamente getestet hatte. Somit kann zwar wohl von einer Behandlungsresistenz des Leidens im Sinne des Scheiterns einer indizierten und lege artis durchgeführten Therapie ausgegangen
werden. Da dafür jedoch in einem nicht unerheblichen Masse die diesbezüglich mangelhafte Kooperation der Beschwerdeführerin (mit-) verantwortlich ist, lassen sich daraus keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den Schweregrad der Erkrankung und allfällige funktionelle Folgen ziehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Als unbehelflich erweisen sich in diesem Zusammenhang die von der Versicherten letztinstanzlich eingereichten, stationäre Klinikaufenthalte belegenden Berichte des Spitals F._____ vom 30. Juni 2015 und der Klinik G._____ AG vom 17. Juli 2015, handelt es sich dabei doch um Beweismittel, die erst nach dem angefochtenen Entscheid (vom 22. Mai 2015) erstellt worden (sog. echte Noven) und daher vor Bundesgericht unzulässig sind (Art. 99 Abs. 1 BGG; Urteil 8C 112/2013 vom 2. Mai 2013 E. 4).

4.1.3. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese

ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, die rechtsprechungsgemäss auf Grund ihrer Ausprägung als solche nicht invalidisierend sein kann, stellt keine Komorbidität dar (vgl. Urteil 9C 1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.2.1, in: SVR 2012 IV Nr. 1 S. 1), sondern ist allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Grundsätzlich können einzig schwere psychische Störungen invalidisierend und damit komorbide Erkrankungen sein (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301; Urteil 9C 549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.5).

4.1.3.1. Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass es an der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Schwere, Ausprägung und Dauer des psychischen Leidens fehle, sofern die bei der Beschwerdeführerin festgestellte rezidivierende depressive Störung ([sowohl im Begutachtungszeitpunkt vom 6. Juli 2012 wie auch anlässlich des Berichts des Dr. med. D._____ vom 29. September 2011]in Form einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom) als psychische Komorbidität zur Neurasthenie betrachtet werde. Auch wenn die genannten Attribute zufolge der geänderten Praxis ihre Funktion prinzipiell verlieren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301 oben), dringt die Versicherte, soweit sie dagegen vorbringen lässt, es handle sich beim diagnostizierten psychischen Beschwerdebild um einen die Ressourcen erheblich einschränkenden Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, nicht durch. Sie verkennt dabei insbesondere, dass auch nach der mit BGE 141 V 281 eingeläuteten Praxisänderung psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind. Dies setzt bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraus, dass keine
therapeutische Option mehr gegeben ist und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, ist festzuhalten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299; Urteil 9C 125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit diversen Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C 146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.3 und 3.4). Bei mittelschweren depressiven Episoden verneint das Bundesgericht sodann regelmässig deren invalidisierende Wirkung (Urteil 8C 774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

4.1.3.2. Was das in der Beschwerde ebenfalls als komorbid eingestufte Restless-Legs-Syndrom anbelangt, hatte Frau Dr. med. B._____ diese (”mit/bei schweren Ein- und Durchschlafstörung, polysomographisch dokumentiert”) in ihrem Bericht noch unter den sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Befunden aufgeführt. Dr. med. C._____ bescheinigte dem Syndrom demgegenüber keine das Leistungsvermögen zusätzlich limitierenden Folgen (Bericht vom 20. Juni 2011) und auch Dr. med. D._____ nannte es nicht als selbstständige Diagnose sondern lediglich im Verbund mit der Neurasthenie (”Neurasthenie [ICD-10: F48.0]nach Restless-Legs-Syndrom [ICD-10: G25.81]”; Bericht vom 29. September 2011). Keinen Eingang fand der betreffende Befund schliesslich in die gutachtlichen Erörterungen des Dr. med. E._____ vom 26. November 2012. Eine die Auswirkungen der Neurasthenie zusätzlich verstärkende krankheitswertige Störung kann darin vor diesem Hintergrund nicht gesehen werden.

4.2. Zu der Kategorie ”funktioneller Schweregrad” ist ferner der Komplex ”Persönlichkeit” (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Hiezu hatte Dr. med. E._____ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin soziale Kontakte pflege und die Realitätsprüfung sowie die Urteilsbildung intakt seien. Auch die Beziehungsfähigkeit sei erhalten. Die Affekt- und Impulssteuerung sowie der Antrieb seien demgegenüber deutlich vermindert, wohingegen das Selbstwertgefühl lediglich leicht reduziert sei. Von einer erheblichen Störung komplexer Ich-Funktionen könne insgesamt nicht ausgegangen werden. Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten, sind somit auszuschliessen.

4.3. Innerhalb der Kategorie ”funktioneller Schweregrad” bestimmt ferner auch der Komplex ”Sozialer Kontext” mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Anderseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die

ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303).
Wie in E. 4.1.1 hievor einlässlich aufgezeigt wurde, ist die Beschwerdeführerin familiär bestens eingebettet. Zudem verfügt sie auch ausserhalb der Verwandtschaft über soziale Kontakte, welche sie regelmässig wahrnimmt. Damit enthält der soziale Lebenskontext der Versicherten gewichtige, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

4.4. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) anderseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.).
Gegenüber Dr. med. E._____ gab die Beschwerdeführerin frühere Freizeitaktivitäten wie Tennis, Biken, Joggen und Handarbeiten an, welche ihr nunmehr erschöpfungsbedingt verwehrt seien. Auf Grund der glaubhaften Schilderung der Versicherten kann davon ausgegangen werden, dass sie ihren vormaligen sportlichen und gestalterischen (Malkurse) Hobbies infolge ihres Leidens nicht mehr mit derselben Intensität nachzugehen vermag. Zu berücksichtigen gilt es jedoch auch, dass es die zeitlichen Ressourcen der dreifachen Mutter (mit Einfamilienhaus und beruflich stark eingebundenem Ehemann) wohl auch ohne gesundheitliche Einschränkungen nicht erlaubt hätten, die bisherige Freizeitgestaltung in gleichem Masse weiterzuführen. Eine Differenzierung zwischen den unmittelbar auf die Erkrankung zurückzuführenden Hinderungsgründen und denjenigen, welche in Zusammenhang mit ungenügenden Zeitreserven stehen, erscheint kaum möglich, weshalb auf eine abschliessende Beurteilung dieses Indikators zu verzichten ist.

4.5. Der in die gleiche Kategorie ("Konsistenz") fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304).
Diesbezüglich kann weitestgehend auf das in E. 4.1.2 hievor Ausgeführte verwiesen werden. I n Anbetracht der Dauer der von der Beschwerdeführerin in Anspruch genommenen Therapien ist somit zwar eine gewisse Behandlungsresistenz des Leidens anzunehmen. Da dafür jedoch nicht unwesentlich auch die mangelhafte Kooperation der Versicherten (Malcompliance) (mit-) verantwortlich zeichnet, lassen sich daraus keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den Schweregrad der Erkrankung und allfällige funktionelle Folgen ziehen. Anhaltspunkte, dass die nicht immer optimale Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist, welcher Umstand auf einen dennoch nicht fehlenden Leidensdruck hindeuten würde (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), sind den medizinischen Unterlagen keine zu entnehmen.

4.6. Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen zwar bis zu einem gewissen Grad als erstellt. Eine 50 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie Dr. med. E._____ für ruhige, stressarme, nicht monotone Tätigkeiten mit eher geringem Verantwortungsprofil postuliert, lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 - und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat (E. 1.4 hievor) - aber nicht erhärten. Vielmehr ist, im Ergebnis mit dem kantonalen Gericht, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer in genügendem Masse vorhandenen psychischen Ressourcen in der Lage ist, eine leidensangepasste Beschäftigung in rentenausschliessendem Ausmass zu verrichten. Dies gilt umso mehr, als sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen auch ihren erlernten Beruf als Primarlehrerin lediglich im Rahmen eines Teilpensums von rund 50 % ausüben würde.
Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob die vorgebrachte Gesundheitsbeeinträchtigung mit Blick auf die in den Akten erwähnte Malcompliance der Versicherten im Sinne potentieller Ausschlussgründe gemäss BGE 141 V 281 (E. 2.2 S. 287 f.) überhaupt rechtsgenüglich ausgewiesen ist.

5.
Soweit die Beschwerdeführerin sich darauf beruft, es handle sich bei der festgestellten depressiven Störung, aktuell mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom, um ein verselbstständigtes, von der Neurasthenie losgelöstes bzw. im Vordergrund stehendes Beschwerdebild, weshalb die Beurteilung der tatsächlich erreichbaren Leistungsfähigkeit anhand des Indikatorenkatalogs gemäss BGE 141 V 281 entfalle, ist auf die auch im vorliegenden Zusammenhang massgebliche E. 4.1.3.1 zu verweisen. Unabhängig davon, ob die Auswirkungen eines psychischen Leidens auf das Leistungsvermögen im Kontext eines eigenständigen Beschwerdebildes oder einer psychischen Begleiterkrankung (Komorbidität) zu beurteilen sind, gilt generell, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis als therapierbar eingestuft werden und deshalb nur ausnahmsweise eine Invalidität begründen. Für die Therapierbarkeit spricht hier überdies auch, dass Dr. med. C._____ die Prognose bei konsequenter, gemäss ärztlicher Vorgabe durchgeführter Behandlung als gut einschätzte (vgl. Bericht vom 20. Juni 2011). Ebenso hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ in seinem Bericht vom 29. September 2011 als
Empfehlung für künftige Therapien fest, dass es der Beschwerdeführerin nach Überwindung der depressiven Störung eventuell möglich sei, langsam und schrittweise einen neuen Umgang mit der Erschöpfung bzw. der Schlafstörung aufzubauen, damit sie ihr Leben wieder vermehrt in den Griff bekommen könne.

6.
Zusammenfassend verletzt es somit kein Bundesrecht, dass die Vorinstanz gestützt auf die medizinischen Unterlagen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und demzufolge einen Rentenanspruch verneint hat. In Anbetracht einer, wie hievor dargelegt, auch im Gesundheitsfall unstreitig nur teilzeitlich - nach den Akten im Umfang von rund 50 % - ausgeübten Erwerbstätigkeit resultierte im Übrigen wohl selbst bei Annahme der von Dr. med. E._____ bescheinigten Arbeitsfähigkeit von leidensangepasst 50 % in Anwendung der sog. gemischten Bemessungsmethode keine rentenbegründende Invalidität. Weiterungen zur Frage der grundsätzlichen Anwendbarkeit der gemischten Methode können an dieser Stelle angesichts des vorstehend Dargelegten unterbleiben (vgl. Urteil 8C 633/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.3).

7.
Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 65 Abs. 4 lit. a BGG). Die Gerichtskosten sind von der unterliegenden Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 21. März 2016

Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Glanzmann

Die Gerichtsschreiberin: Fleischanderl