

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00428 vom 6. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00428

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00428 du 6 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00428 del 6 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, vollzeitlich als Hausfrau und Mutter von sechs Kindern (fünf davon zu Hause, Urk. 7/7 S. 2) tätig, mel dete sich am 14. Juli 2013 (Urk. 7/2) unter Hinweis auf ein Burnout bei der In validenversicherung zur Früherfassung und am 1 2. August 2013 (Urk. 7/8) zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/13) zu den Ak ten, holte einen Bericht bei der Privatklinik Y.____ (vom 2. September 2013, Urk. 7/14) ein und wies das Leistungsbegehren – nach durchgeführtem Vorbe scheidverfahren (Urk. 7/ 22-25) – mit Verfügung vom 2. April 2014 (Urk. 2) ab.

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 Ge burtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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 kör perliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Ge sundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als rele vant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Per son bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv be stimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Er werbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychi schen Beein trächtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versi cherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs.

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). 2.

E. 1.7

und Ziff. 1.9). In der Folge kehrte die Beschwerdeführerin ab Oktober 2013 zurück in die bisherigen Verhältnisse unter Entlastung mittels Haushalthilfen.

Dieser Geschehensablauf zeigt, dass bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 2. April 2014 keine dauerhafte Störung ausgewiesen war, sondern eine Episode, welche therapeutisch angegangen wurde. Dies brachte denn auch einen Erfolg insoweit, als die Beschwerdeführerin jedenfalls teilweise wieder einsatzfähig war. Angesichts dieser Umstände kann bis zum 2. April 2014 nicht vom Eintritt einer dauernden Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Rechtsprechung ausgegangen werden.

4.2.3

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 4.3 4.3.1

Eine andere Optik mag sich angesichts der Entwicklung ab dem Jahr 2015 ergeben. Nach einem stationären Klinikaufenthalt vom 16. Februar bis 6. Mai 2015 (Urk. 14/1) erfolgte bereits kurz später ein Wiedereintritt (5. August 2015, Urk. 14/2). Mittlerweile hatte sich auch die fachärztlich gestellte Diagnose verändert, wurde doch neu (nurmehr) eine gegenwärtig mittelgradige depressive Episode erwähnt, indes auf der Grundlage einer rezidivierenden depressiven Störung. Damit brachten die behandelnden Fachpersonen zum Ausdruck, dass die psychiatrische Pathologie weiter zu fassen ist als im Sinne einer vorübergehenden Episode. Dies zeigt sich denn auch darin, dass die Beschwerdeführerin nach nur drei Monaten zu Hause erneut stationär behandelt werden musste.

Weiter finden sich in den Akten Hinweise auf eine fachpsychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin, vermerkte doch Chefarzt Dr. Z.____ von der Privatklinik Y.____ im Kurzaustrittsbericht vom 5. Mai 2015 (Urk. 14/1) die Nachbehandlung bei Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie. Damit zeigt sich ab Februar 2015 eine veränderte Situation mit abweichender Diagnosestellung, zweimaliger Hospitalisation und weiteren Therapiebemühungen der Beschwerdeführerin.

Ab diesem Zeitpunkt ist mithin nicht auszuschliessen, dass die Pathologie als dauerhaft zu fassen ist und eine invalidisierende Wirkung zur Folge hat. 4.3.2

Damit bestehen massgebliche Hinweise auf eine Verfestigung der Situation ab Februar 2015, weshalb sich eine Überweisung der Akten an die Beschwerdegegnerin zwecks Abklärung der Verhältnisse ab Februar 2015 rechtfertigt. 5.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 4 00.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, überwiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 400.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 9-14/2 - 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubSonderegger

E. 2

IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs.

E. 2.1

Dr. med. Z.____, Chefarzt und Ärztlicher Direktor, und Dipl.-Psychologin A.____ von der Privatklinik Y.____ berichteten am 2. September 2013 (Urk. 7/14) über die seit 17. Juni 2013 dauernde stationäre Behandlung.

Sie führten aus, nach der ersten Woche des Klinikaufenthaltes habe die Beschwerdeführerin eine erste psychische Stabilisierung erlangt, die es ihr er mögliche, das Therapieangebot zu nutzen, was sie motiviert tue. Der stabilere Zustand erlaube, mit der vertieften Bearbeitung depressogener und selbstüberfordernder Denk- und Bewältigungsmuster mit biografischem Ursprung zu beginnen. Die dabei gemachten positiven neuen Erfahrungen und erlernten Bewältigungsstrategien seien zur Zeit noch nicht konsolidiert und könnten, wie die Erfahrungen der Beschwerdeführerin an den

Wochenenden oder im Stationsleben zeigten, noch nicht in ihre Alltagssituation transferiert werden; sie führten vielmehr zu wiederholten psychischen Einbrüchen.

Die Fachpersonen schilderten eine verletzliche, erschöpft wirkende Beschwerdeführerin, welche im Kontakt auskunftsbereit und freundlich sei mit Rededrang, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Beschwerdeführerin berichte von Merkfähigkeits-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, welche objektiv nicht beobachtbar seien. Sie verneinte das Vorliegen von Zwängen, Wahn oder einer Ich-Störung und berichteten über ein unauffälliges inhaltliches sowie formales Denken. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin deprimiert, hoffnungslos, innerlich unruhig, im Antrieb gehemmt (morgens besser, ab Mittag schlechter). Weiter bestünden Insuffizienzgefühle, Versagens- und Zukunftsängste, Ein- und Durchschlafstörungen, Gedankenkreisen, Schmerzen, Verspannungen, Enge auf der Brust, Atemnot, Appetitlosigkeit, sozialer Rückzug, aktuell keine Suizidalität.

Die behandelnden Fachpersonen führten weiter aus, in depressiven Einbrüchen, begleitet von affektiver Instabilität, beschreibe die Beschwerdeführerin sichtlich bewegt ihr Befinden: „Nach dem Wochenende zu Hause bin ich total erschöpft, leer im Kopf, innerlich leer, körperlich und psychisch erschöpft, verletzlich, angespannt, ich muss für eine Unterhaltung richtig die Worte suchen und komme mir minderwertig vor etc.“ Im Anschluss an solche Phasen sei die Beschwerdeführerin im Antrieb gehemmt, wirke hoffnungslos, voller Selbstzweifel und Perspektivlosigkeit. In der Einzeltherapie sei eine Bearbeitung solcher Krisen im Sinne eines Erkenntnisgewinns möglich und könne für Veränderungsprozesse weiter fruchtbar gemacht werden.

Die Berichtenden legten sodann dar, die affektive Instabilität der Beschwerdeführerin begleitet von depressogenen Verarbeitungsmodi habe wie derholt zu einer vorübergehenden Verschlechterung des psychischen Befindens mit geringem Selbstwertleben geführt. Diese Instabilität könne im engmaschigen und tragenden Kliniksetting aufgefangen werden. Eine kombinierte psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung sei zur Symptomreduktion indiziert; nach dem Klinikaufenthalt werde eine ambulante Psychotherapie dringend empfohlen.

Sodann wurde die Behandlung beschrieben: die Beschwerdeführerin sei stationär eingebunden in ein integratives multimodales Behandlungsangebot mit psychotherapeutischen Behandlungen mit drei Einzelstunden und zwei Gruppentherapien sowie medikamentöser Behandlung. Die stationäre Behandlung erfolge nach integrativem, methodenübergreifendem Ansatz mit einem individuell auf die Beschwerdeführerin und ihre Situation fokussierten Behandlungsplan. Als Behandlungsmodule würden Einzel-/Gruppenpsychotherapie, Bezugspersonenpflege, Ergo-/Gestaltungstherapie und körperorientierte Verfahren angewendet.

Die Fachpersonen diagnostizierten eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2) sowie ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0) und attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn. Die bisherige Tätigkeit erachteten sie zu einem späteren Zeitpunkt mit langsamem Einstieg als zumutbar.

E. 2.2

Am 5. März 2015 (Urk. 12) stellte die Klinik Y.____ ein Kostengutsprache gesuch (Verlängerung der seit 16. Februar 2015 laufenden stationären Behandlung) gegenüber dem Krankenversicherer unter Hinweis auf die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie ein

Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0). Es wurde ausgeführt, im Zentrum der Einzeltherapie seien zunächst die Stabilisierung und die Entlastung von Überforderungs- und Schuldgefühlen gestanden. Aktuell würden vertieft biographisch bedingte Verhaltensmuster (u.a. selbstschädigende Leistungsbereitschaft) und Belastungen bearbeitet, fokussiert auf das Erkennen eigener psychischer und physischer Grenzen und auf das Erlernen der Fähigkeit, sich abzugrenzen. Die Schwerpunkte der weiteren Therapie seien die Konsolidierung der Stabilität, das Erarbeiten von Strategien zum Umgang mit Stress, die vertiefte Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Schemata, der Aufbau von Selbstakzeptanz und Selbstfürsorge samt Transfer des Erarbeiteten in den Alltag.

Nach dem Austritt am

E. 3

ATSG; spezifische Methode; statt vieler BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und ein Erschöpfungssyndrom seien überwindbare Gesundheitsschäden. Es könne aufgrund der Diagnosen von einer vorübergehenden Einschränkung im Haushalt ausgegangen werden, weshalb kein Anspruch auf Leistungen bestehe.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor (Urk. 1), nach knapp fünfmonatigem Aufenthalt wegen einer schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom und Erschöpfungssyndrom sei sie seit Oktober 2013 wieder zu Hause. Von November 2013 bis Februar 2014 habe sie eine Haushalthilfe während fünf Tagen in der Woche angestellt, am Abend und an den Wochenenden habe sie ihre Familie unterstützt. Seit März 2014 sei eine Haushalthilfe für drei Tage pro Woche engagiert worden nebst einer Putzfrau und Hilfe von Kollegen. Trotz dieser Unterstützung und zahlreichen Therapien habe sie immer wieder somatische und psychische Rückfälle. Somit könne man nicht von einem überwindbaren Gesundheitsschaden sprechen, sie sei seit 4. März 2013 zu 100 % krank geschrieben (vgl. Attest von Hausärztin med. pract. B. ____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, vom 19. April 2013, Urk. 7/6). Sie bewirtschafte einen Haushalt mit acht Personen, davon sechs Kinder (21, 19, 15, 12,

E. 6

Mai 2015 (Urk. 14/1) bei attestierter vollumfänglicher Arbeitsunfähigkeit bis 19. Mai 2015 erfolgte eine Wiedervorstellung am 5. August 2015 (Urk. 14/2). 3.

E. 10

und 7 Jahre) in einem 8½-Zimmerhaus samt Garten. Eine genauere Analyse habe ergeben, dass sie vor ihrem Klinikaufenthalt mehr als 80 Stunden pro Woche gearbeitet habe und jetzt noch knapp 25 Stunden möglich seien (vgl. Urk. 3/1). 4. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass eine schwere depressive Episode im Sinne von ICD-10 F32.2 grundsätzlich eine vorübergehende Störung bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts

9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.1). Sodann werden nach der Rechtsprechung selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depressionen betrachtet, weshalb sie in Bezug auf die versicherungsrechtliche Beurteilung nicht massgebend sind. Leichte bis höchstens mittel schwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteile des Bundesgerichts 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode mittleren Grades vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2013 vom 11. März 2014 E. 4.2).

In Bezug auf die festgestellte Diagnose aus den Z-Kodierungen (Erschöpfungssyndrom, ICD-10 Z73.0) ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach es sich dabei um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Solche fallen nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen und stellen grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012

E. 3.1 mit Hinweisen). 4.2 4.2.1

Für den vorliegend massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (2. April 2014), welche die Grenze der zeitlichen Überprüfungsbeurteilung darstellt (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Hinweisen), ergibt sich, dass die Hausärztin Dr. B. mit Formularzeugnis vom 19. April 2013 ab 4. März 2013 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte, ohne weitere Angaben zu machen (Urk. 7/6). Die Fachpersonen der Privatklinik Y. diagnostizierten mit Bericht vom 2. September 2013 eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und gingen für die Zeit der Hospitalisation von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus, wobei sie ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit in Aussicht stellten (E. 2.1). Ende Oktober 2013 kehrte die Beschwerdeführerin nach Hause zurück und organisierte sich mit verschiedenen Haushalthilfen (Urk. 1). 4.2.2

Für die relevante Zeitspanne gingen die behandelnden Ärzte ab 4. März 2013 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus. Dieses erste Attest stammt allerdings von der Hausärztin, welche nicht Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist und welche auch keinerlei Angaben betreffend Diagnose und Befunde machte. Die Fachpersonen der Klinik Y. attestierten erst ab Klinik eintritt am 17. Juni 2013 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Sie erwähnten in ihrem Bericht vom 2. September 2013 in diagnostischer Hinsicht eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und damit eine gesundheitliche Störung vorübergehender Natur. Dies zeigt sich vorliegend darin, dass die stationär behandelnden Fachpersonen ein multimodales Therapiekonzept einrichteten und davon ausgingen, dass die Beschwerdeführerin wieder in ihre Tätigkeit als

Hausfrau und Mutter zurückkehren werde, ohne allerdings einen Zeitpunkt nennen zu können (Urk. 7/14/3-4 Ziff.

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