

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00881 vom 21. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00881

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00881 du 21 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00881 del 21 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962 (Urk. 6/4/7), ist diplomierte Pflegefachfrau HF (Urk. 6/3/4, 6/2/12 und 6/2/9) und arbeitete ab September 2010 in einem Teilzeitpensum für die Y.____ (Urk. 6/24/1). Nach längerer Krankschreibung im Jahr 2013 wurde sie ab April 2014 wegen Rückenproblemen nur noch in der Administration eingesetzt. Ab Januar 2015 wurde ihr Arbeitspensum von 60 auf 30 % reduziert und anstelle des Monatslohns ein Stundenlohn festgelegt (Urk. 6/3/5 und 6/24). Seit 17. Januar 2015 ist sie zu 100 % krankgeschrieben (Urk. 6/1-2, 6/21 und 6/40/33 ff.), weshalb die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per Ende September 2015 beendete (Urk. 6/24/1 und 6/24/9).

Im Februar 2015 meldete sich die Versicherte wegen einer schweren Depression (seit Dezember 2014) und Schmerzen infolge eines Bandscheibenvorfalles (vor 2½ Jahren) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Alsdann liess sie sich vom 27. Januar 2015 bis 18. Mai 2015 in der Privatklinik Z.____ erst mals stationär psychiatrisch behandeln (Urk. 6/11/1). Unmittelbar im Anschluss daran wurde sie im Sanatorium A.____ (kurzzeitig auf der geschlossenen Abteilung) fürsorgerisch untergebracht. Dem Klinikaustritt am 11. Juni 2015 (Urk. 6/25) folgten zwei weitere stationäre Aufenthalte, konkret vom 12. August 2015 bis 25. September 2015 erneut im Sanatorium A.____ (Urk. 6/31) und vom 28. Dezember 2015 bis 18. Februar 2016 in der B.____ AG (teilweise im Isolationszimmer; Urk. 6/40/27 ff.). Die IV-Stelle holte einen Auszug aus dem Individuellen Konto (Urk. 6/6), Berichte bei den vorgenannten Kliniken (Urk. 6/11, 6/25, 6/31 und 6/40/27 ff.), Auskünfte bei der ehemaligen Arbeitgeberin (Urk. 6/24/1) und einen Bericht des ambulant behandelnden Psychotherapeuten (Urk. 6/36) ein. Anschliessend kündigte sie der Versicherten gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. April 2016 (Urk. 6/37/3 f.) mit Vorbescheid gleichen Datums die Verneinung eines Leistungsanspruchs an (Urk. 6/38/1). Den dagegen erhobenen Einwand (Urk. 6/41 und 6/45) prüfte die Sachbearbeiterin der IV-Stelle (Urk. 6/47) und verneinte mit Verfügung vom 20. Juni 2016 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 6/48).

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

E. 1.2

Für die Eröffnung der einjährigen Wartezeit genügt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen), wobei unter Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf zu verstehen ist. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitsgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Zusätzlich bedarf es regelmässig

einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung

echtzeitlicher Natur. Dabei gilt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit kann nach Art. 29 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) nur angenommen werden, wenn während mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen eine volle, wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit besteht, ohne Rücksicht auf die Entlohnung (Urteil des Bundesgerichts I 892/2005 vom 12. September 2006 E. 1.4 mit Hinweisen).

E. 1.3

Möglich ist alsdann die rückwirkende Zusprechung einer befristeten oder abgestuften Invalidenrente. Eine solcher Art rückwirkend ergangene Verfügung umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letzteres setzt voraus, dass Revisionsgründe vorliegen (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen), wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1). Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit wendet das Bundesgericht dabei in der Regel Abs. 1 Satz 2 dieser Bestimmung an und gewährt eine höhere Rente für zusätzlich drei Monate (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2008 vom 21. April 2009 E. 2).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und 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 arbeits unfähig 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). Psychiatrische Berichte müssen dabei in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteile des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel zudem psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, es liege kein länger dauernder, invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Es seien vor allem psychosoziale Faktoren, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort beantragte sie die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung (Urk. 5).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wies in der Beschwerde auf die zahlreichen Klinik- aufenthalte und die erneute fürsorgliche Unterbringung im Juni 2016, die einhellige Diagnose der behandelnden Fachärzte sowie den finalen Zweck der Invalidenversicherung hin. Weiter machte sie geltend, die psychosozialen Faktoren seien weggefallen (Erkrankung der Mutter) oder Folge der Erkrankung gewesen (Entzug der Führungsfunktion). Ferner bemängelte sie die fehlende Untersuchung durch den RAD bzw. einen unabhängigen Experten. Schliesslich beanstandete sie die Berücksichtigung eines Aufgabenbereichs bei der Invaliditätsbemessung mit der Begründung, die Kinder bedürften keiner Betreuung mehr und sie habe eine Raumpflegerin angestellt (Urk. 1).

E. 3.1

In der angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dipl. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Prävention und Gesundheitswesen, vom 8. April 2016. Diese schlussfolgerte aus den Austrittsberichten der Privatklinik Z.____ und des Sanatoriums A.____ (damals noch nicht in den Akten derjenige der B.____ AG) sowie dem Bericht des ambulant behandelnden Psycho- therapeuten, lic. phil. D.____, die Beschwerdeführerin leide seit November 2014 an einer Erschöpfungsdepression, ausgelöst durch diverse psychosoziale Faktoren, unter anderem durch Entzug der Leitungsfunktion als stellvertretende Leiterin der Spitex, Erkrankung der Mutter und fehlender Abgrenzung gegenüber einzelnen Familienmitgliedern. Anamnestisch werde bereits ein Burnout-Syndrom ab Sommer 2013 beschrieben, das vorübergehend durch diverse Therapien gebessert worden sei. Der vorliegende Gesundheitsschaden generiere keinen Anspruch auf Massnahmen nach Art. 8 IVG, psychosoziale Belastungsfaktoren stünden im Vordergrund (Urk. 6/37/3 f.).

E. 3.2

Gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG steht der RAD der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen dabei über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs ferner nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Eine reine Aktenbeurteilung ist folglich zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen. Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des RAD nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2044/2014 vom 26. April 2016 E. 4.3.3 sowie Urteile des Bundesgerichts 9C_58/2011 vom 25. März 2011 und I_142/2007 vom 20. November 2007 E. 3.4 je mit Hinweisen).

E. 3.3

Da die RAD-Ärztin Dipl. C.____ über keinen Facharztstitel der FHM für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, war eine ärztliche Untersuchung durch sie nicht angezeigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts I_142/07 vom 20. November 2007 E. 3.4). Indessen kann auf ihre Aktenbeurteilung abgestellt werden, sofern die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen umfassend Aufschluss über Anamnese, Verlauf und Status geben und der Befund unstrittig ist. Zudem dürfen ihre Schlussfolgerungen nicht über die Würdigung dieser Unterlagen hinausgehen respektive müssen im Rahmen ihrer für psychische Beschwerden beschränkten Beurteilungskompetenz als Fachärztin für Innere Medizin erfolgt sein.

E. 4

, S. 169-174). Angesichts des in den Berichten dargelegten Verlaufs der Therapie (hochdosierte und mehrfach wegen Nebenwirkungen umgestellte Medikation; Elektrokrampftherapie; Einbezug der Familienmitglieder) und der geschilderten Beschwerden (z.B. niedergeschlagen, schwerer Antriebsmangel, starke Energielosigkeit, wenig auslenkbar, Selbstwertproblematik, wiederholte Isolation und Sichtkontrollen wegen Suizidalität, starke Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Grübeln und Gedankenkreisen) bestehen an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der fachärztlich gestellten Hauptdiagnose keine Zweifel (vgl. Urk. 6/11 S. 2 und 4 f., 6/25/3 f., 6/31/3 f. und 6/40/29 f.).

E. 4.1.1

Ein Burnout kann bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten und wird zwar unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.0 aufgeführt, entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme. Bei den Z-Kodierungen handelt es sich um

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z999 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. Es ist daher der RAD-Ärztin insoweit beizupflichten, dass ein Burnout als solches nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt, also grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.3 mit Hinweisen und ferner 9C_726/2014 vom 25. Februar 2015 E. 3.1.1).

E. 4.1.2

Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Die RAD-Ärztin stützt sich bei ihrer Beurteilung implizit auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert desto ausgeprägter vorhanden sein muss, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Experte dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Ist andererseits eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (eventuell in einem geschützten Rahmen) und einem Erwerb nachzugehen (Urteil 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.5.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a S. 299).

Wie von der Beschwerdeführerin zutreffend dargelegt ist indessen zu differenzieren: Soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbstständig und insofern direkte Ursachen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor. Wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrecht erhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteile 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.2, 9C_578/2007 vom 13. Februar 2008 E. 2.2 und I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 und SVR 2008 IV Nr. 62, 9C_830/2007 E. 4.2).

E. 4.2.1

Die Austrittsberichte zu den im Sachverhalt erwähnten Klinikaufenthalten (Urk. 6/11, 6/25, 6/31 und 6/40/27 ff.) belegen, dass sich die Beschwerdeführerin von Ende Januar 2015 bis Mitte Februar 2016 – mit zwei kurzen Unterbrüchen – in stationärer psychiatrischer Behandlung befand. Die Zuweisung erfolgte teilweise freiwillig, teilweise gestützt auf ärztliche Anordnung einer fürsorglichen Unterbringung wegen Selbstgefährdung. Die behandelnden Fachärzte der drei Kliniken kamen sodann übereinstimmend zum Schluss, es liege in erster Linie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome vor, wobei die ICD-Kodierung lediglich deshalb eine Änderung erfuhr, weil nach der zweiten Episode eine rezidivierende depressive Störung angenommen wurde (ICD-10: Fr. 32.2 respektive ICD-10: 33.2). Ferner wurden sonstige phobische Störungen (Höhen-, Raum- und Waldangst sowie eine fragliche Soziale Phobie; ICD-10: 40.8) und auch Ein- und Durchschlafstörungen (ICD-10: G47.0) diagnostiziert.

E. 4.2.2

Dazu ist vorab festzustellen, dass die Berichte alle auf einem längeren bis sehr langen Beobachtungszeitraum beruhen und weder in sich noch untereinander widersprüchlich sind. Gemäss der gebräuchlichen internationalen Klassifikation ICD- 10 müssen für die Qualifikation als schwere depressive Episode sodann alle drei typischen Symptome einer Depression gegeben sein: depressive Stimmung (1), Verlust von Interesse oder Freude (2) und Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit (3). Zusätzlich müssen mindestens vier der weiteren Symptome vorhanden sein, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken/erfolgte Selbstverletzung/Suizidhandlungen, Schlafstörungen und vermindertes Appetit. Allerdings ist es möglich, dass besonders agitierte oder gehemmte Patienten viele Symptome nicht im Einzelnen beschreiben können. In solchen Fällen ist eine zusammenfassende Einschätzung als schwere Episode dennoch gerechtfertigt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 201

E. 4.2.3

Ferner besserte die Symptomatik während der Klinikaufenthalte zwar merklich, indes wurde nie eine vollständige Remission erreicht oder der Zustand von den Fachärzten als stabil bezeichnet. Dementsprechend wurde vor der Entlassung der Beschwerdeführerin aus der Klinik jeweils die Fortführung der intensiven Therapie im ambulanten Rahmen sichergestellt (vgl. Urk. 6/25/5: rasche Zustandsbesserung, bei Entlassung leichte depressive Symptome und reduzierte Belastbarkeit, Fortführung der Psycho- und Psychopharmakotherapie sowie Teilnahme am Rückfallprogramm der Klinik; Urk. 6/31/4 f.: durch Elektrokampftherapie deutliche Besserung von Stimmung, Antrieb und Schwingungsfähigkeit, Fortsetzung derselben sowie der Psychopharmako- und Psychotherapie; Urk. 6/40/30: nach Aufgleisung der ambulanten, multimodalen Weiterbehandlung in teilremittiertem Zustand entlassen). Eine aktuelle Arbeitsfähigkeit wurde dabei stets verneint (Urk. 6/40/32 ff.). Keine Bedeutung ist der beim Klinikaustritt im Juni 2015 abgegebenen Prognose beizumessen, es sei zu erwarten, dass im nächsten Jahr (gemeint: 2016) wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt werde (Urk. 6/25/5). Die Rezidive konnten darin selbstredend noch keine Berücksichtigung finden.

E. 4.2.4

Ergänzend ist dem Bericht von lic. phil. D.____ vom 29. März 2016 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Klinikaustritt Mitte Februar 2016 weiterhin eine intensive multimodale Therapie wahrnahm. Sie sei seit Ende 2014 nicht mehr arbeitsfähig, wobei angesichts des bisherigen Erfolgs trotz intensiver Therapie auch eine negative Prognose zu stellen sei (Urk. 6/36/1-5). Aus dem von ihm beigelegten Schreiben vom 4. September 2015 zuhanden der Krankentaggeldversicherung ergibt sich ferner, dass die Beschwerdeführerin bereits im November 2014 mit einer Frequenz von einmal wöchentlich seine Psychotherapie besuchte und nach dem Klinikaustritt Mitte Juni 2015 unter weiterführender Psychopharmakotherapie und regelmässiger Psychotherapie nur vorübergehend eine Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht wurde (Urk. 6/36/6 f.).

E. 4.3

Als Zwischenfazit ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung seit mehr als einem Jahr durchgehend in relevantem Ausmass arbeitsunfähig war. So waren stets – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – Symptome vorhanden und die anhaltende Notwendigkeit einer intensiven multimodalen Therapie ist fachärztlich und echtzeitlich ausgewiesen. Anhaltspunkte dafür, dass der Zustand der Beschwerdeführerin zwischen Januar 2015 und März 2016 vorhersehbar und tatsächlich während 30 Tagen derart stabil war, dass eine wirtschaftlich verwertbare volle Arbeitsfähigkeit bestanden hätte, gibt es keine (vgl. auch Urk. 6/31/1: Verschlechterung bereits drei Wochen nach dem Klinikaustritt). Die Änderungen der Anstellungsbedingungen per 1. Januar 2015 sprechen sogar für eine von der Arbeitgeberin festgestellte Leistungseinbusse bereits im Jahr 2014, die sich zwar nicht im Auszug aus dem Lohnkonto 2014 widerspiegelt (Urk. 6/24 S. 2, 8 und 10), für die es aber einen Anhaltspunkt im Austrittsbericht der Privatklinik Z.____ gibt (Urk. 6/11/2: erste Reduktion noch Ende 2014 auf ein 40%-Pensum). Es bleibt anzufügen, dass im Hinblick auf eine mögliche Befristung oder Abstufung einer allfälligen Rente auch nichts Näheres bekannt ist über Grund und Dauer der in der Beschwerdeschrift erwähnten erneuten fürsorglichen Unterbringung in der B.____ AG, die zeitnah zum Erlass der angefochtenen Verfügung stattgefunden haben soll.

E. 4.4.1

Nach dem vorstehend Gesagten haben die Fachärzte zudem grundsätzlich schlüssig anhand der Kriterien der ICD-10-Kodierung eine depressive rezidivierende Störung mit mehreren schweren depressiven Episoden diagnostiziert. Erwähnt werden in den Berichten allerdings auch ein Burnout sowie psychosoziale Faktoren, woraus die RAD-Ärztin letztlich auf das Fehlen einer verselbstständigten, invalidisierenden psychischen Störung schloss.

E. 4.4.2

Im Bericht der Privatklinik Z.____ vom 18. Mai 2015 wurde dazu festgehalten, die Beschwerdeführerin habe das Bild einer agitierten schweren depressiven Episode nach längerer depressiver Entwicklung über mindestens ein Jahr gezeigt. Ursächlich bekannt seien eine genetische Disposition für depressive Erkrankungen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten seit der Kindheit, chronische strukturelle und prozessuale Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, familiäre Belastungen und Paarprobleme. Die Zuweisung sei nach dem überraschenden Entzug der stellvertretenden Funktion als Betriebsleiterin mit Neueinstellung zu 30 % erfolgt. Noch Ende 2014 sei die Anstellung zu ihrer Entlastung auf

40 % reduziert worden. Beim Eintritt hätten ihre Gedanken um die psychosoziale Belastung gekreist. Der Zustand habe sich unter vermehrter motivational orientierter Psychotherapie sowie weiterem Einbezug der Familien nachhaltig verbessert. Anamnestisch bestehe ein Status nach Burnout im Januar 2014 mit Aufgabe der freiwilligen Feuerwehr und Abbruch der Ausbildung zur Wund- expertin. Gleichzeitig sei ihre Mutter wegen eines Brustkarzinoms therapiert worden (aktuell stabil). Zudem sei bei dieser ein Altershydrozephalus operiert und konsekutiv eine IPS-Behandlung durchgeführt worden (heute chronisch pflege bedürftig). Die Beschwerdeführerin habe damals bei einem Coach gelernt, sich bei der Arbeit und in der Familie besser abzugrenzen. Im Übrigen fühle sich diese seit der Kindheit innerlich „verkrampft“, leide unter Schlafstörungen mit morgendlicher Zerschlagenheit und Energielosigkeit und habe ein ewiges Nein-Gefühl in sich sowie Selbstwertprobleme und einen grossen Drang nach Freiheit bzw. beruflicher Verwirklichung (Urk. 6/11/1-2).

E. 4.4.3

Dem Bericht des Sanatoriums A. ___ vom 23. Juni 2015 ist zu entnehmen, anamnestisch liege ein Burnout im Jahr 2014 vor (Urk. 6/25/3). Es hätten Gespräche mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt stattgefunden, in denen zwei Imaginationen zur Ressourcenaktivierung und zur Bearbeitung der Einsamkeit als Kind durchgeführt worden seien. Zusätzlich habe ein Angehörigengespräch stattgefunden (Urk. 6/25/4). Im zweiten Bericht vom 21. Oktober 2015 wurde notiert, der Beschwerdeführerin sei es unmittelbar nach dem Klinikaustritt im Juni 2015 trotz Kündigung der Arbeitsstelle gut gegangen und sie habe ihre Hobbies gepflegt. Nach drei Wochen habe sich ihr Zustand indes erneut verschlechtert. Auslöser sei einerseits eine Panik als Besucherin einer Feuerwehrübung gewesen. Andererseits hätten sie der Anruf einer ehemaligen Mitarbeiterin und das Gespräch mit der Pfarrerin an die Ereignisse im Mai 2015 (fürsorgerische Unterbringung) erinnert (Urk. 6/31/1). Die depressive Episode sehe sie im Zusammenhang mit ihrer Kindheit und dem Umstand, dass sie immer sehr angepasst, pflichtbewusst und selbstlos gelebt habe. Dabei seien ihre Lebendigkeit, Spontanität, Lebensfreude, Freiheit und Autonomie auf der Strecke geblieben (Urk. 6/31/4).

E. 4.4.4

Im Austrittsbericht der B. ___ AG vom 23. Februar 2016 wurde festgestellt, die depressive Episode habe sich nach einem Burnout im Jahr 2014 entwickelt. Als Zuweisungsgrund wurde angegeben, die Beschwerdeführerin habe die Elektrokrampftherapie Mitte Dezember 2015 abgebrochen, da sie in der Narkose einen Anfall gespürt und eine Phobie entwickelt habe. Seither gehe es ihr deutlich schlechter (Urk. 6/40/27). Ferner soll diese erklärt haben, im Jahr 2013 vom Vorstand in die Betriebsleitung gewechselt zu haben. Im Sommer 2014 sei eine neue Chefin gekommen, die schwierig gewesen sei. Damals habe sie eine Ausbildung als Wundexpertin abgebrochen. Nachdem die Chefin ersetzt worden sei, habe sie wieder als Stellvertretung die Spitex geleitet, was gut gegangen sei (Urk. 6/40/29). Die behandelnden Fachärzte erklärten, als auslösende Faktoren sehe man vor dem Hintergrund einer defizitären Selbstwertregulation die langjährige psychosoziale Belastung im beruflichen Umfeld. Aus psychodynamischer Sicht interpretiere man die suizidalen Zwangsgedanken als mögliches abgespaltenes aggressives Introjekt. Als protektiv sehe man das funktionierende familiäre Umfeld und die Motivation der Beschwerdeführerin (Urk. 6/40/29 f.). Bei der Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells habe sich gezeigt, dass sich vor dem Hintergrund einer nicht ausreichenden emotionalen Zuwendung

durch die Eltern eine defizitäre Identifikation und gestörte Selbstwertregulation ausgebildet und die Beschwerdeführerin dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Erdulden und Vermeidung verbunden mit Perfektionismus entwickelt habe. Ebenso scheine sich eine strenge Innenwelt gebildet zu haben. Diese kritische, abwertende innere Instanz als mögliches abgespaltenes aggressives Introjekt der Eltern scheine sich identifikativ in suizidaler Art oder externalisierender (Wunsch nach „harter“ Behandlung) niederzuschlagen (Urk. 6/40/30).

E. 4.4.5

Schliesslich ergibt sich aus dem vorerwähnten Schreiben von lic. phil. D.____ vom 4. September 2015, dass keine früheren psychischen Störungen oder schweren psychosozialen Krisen bekannt seien. Die Beschwerdeführerin schildere anamnestisch einen Burnout-Prozess beginnend im Sommer 2013. Damals hätten verschiedene Therapien (Sitzungen bei einem „Coach“, Kinesiologie, Craniosacraltherapie, Medikation mit Trimipramine) eine vorübergehende Besserung gebracht. Im Jahr 2014 hätten verschiedene Belastungen bestanden: Erkrankung der Mutter und des Schwiegervaters sowie ihrer Chefin, was eine deutlich erhöhte Arbeitsbelastung und Verantwortungsübernahme als stellvertretende Spitzleitung zur Folge gehabt habe. Im Verlauf seien erneut Erschöpfungsgefühle und verstärkte Schlafstörungen sowie belastende Erinnerungen an die Kindheit aufgetreten. Es sei ein Burnout-Prozess erkennbar mit beginnender depressiver Entwicklung, welche im Verlauf progredient sei (Urk. 6/36/6).

E. 4.5

Bezüglich des Burnouts und seiner Ursachen ist somit festzustellen, dass gewisse Ungereimtheiten bei den Jahreszahlen bestehen, gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin jedoch davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin nur in der zweiten Jahreshälfte 2013, nicht aber im Jahr 2014 krankheitsbedingt längere Zeit ausfiel (Urk. 6/24/3, 6/24/8 und 6/24/10). Dem entsprechend wurde das Burnout in den Klinikberichten zwar in der Anamnese berücksichtigt, indessen fand es keinen Eingang in die Diagnosen. Für das Burnout und die depressive Entwicklung, insbesondere den jeweiligen Beginn, werden in den Klinikberichten denn auch unterschiedliche Zeiträume definiert. Soweit die RAD-Ärztin also das Burnout hervorhebt, stellt sie in diesem Sinne eine eigene Diagnose, die in den medizinischen Unterlagen für das Jahr 2015 keine Stütze findet. Ferner bestehen zum Burnout im Jahr 2013 auch keine echtzeitlichen medizinischen Unterlagen.

Als Auslöser der depressiven Entwicklung wird des Weiteren zwar in allen Berichten eine länger andauernde, schwere psychosoziale Belastungssituation genannt – allerdings in Kombination mit weiteren gewichtigen Faktoren wie in der Kindheit entwickelten ungünstigen Verhaltensmustern und genetischer Prädisposition. Aus den bisherigen Akten kann alsdann nicht ohne weiteres geschlossen werden, mit Wegfall der psychosozialen Faktoren (z.B. der beruflichen Überforderung) werde auch die depressive Symptomatik weitgehend abklingen. So war die Beschwerdeführerin bei der letzten dokumentierten Episode bereits seit einem Jahr ohne Arbeitstätigkeit. Es kommt hinzu, dass die bisher vorliegenden medizinischen Unterlagen trotz längerer, intensiver und multimodaler Therapie nicht auf einen anhaltenden Erfolg hinweisen. Nichts Konkretes bekannt ist schliesslich über den Verlauf der Krankheit ab März 2016, wobei die Beschwerdeführerin mit dem Hinweis auf einen weiteren Klinikaufenthalt eine erneute Verschlechterung

geltend macht. Es bestehen folglich erhebliche Zweifel an der bloss reaktiven Natur und guten Behandelbarkeit der psychischen Beschwerden, wobei die Invalidenversicherung letztlich final konzipiert ist. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden kann daher nicht gestützt auf den RAD-Aktenbericht einer Fachärztin für Innere Medizin sowie Prävention und Gesundheitswesen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

E. 5

Zusammenfassend setzen sich die vorliegenden medizinischen Unterlagen nur unzureichend mit der Frage auseinander, ob die psychosozialen Faktoren nur bei der Entstehung der psychischen Beschwerden eine wesentliche Rolle spielten oder nach wie vor im Vordergrund stehen. Ferner besteht Unklarheit über den konkreten Beginn des Wartjahres sowie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei Erlass der Verfügung. Gegebenenfalls sind auch erwerbliche Abklärungen zu tätigen. Zur von der Beschwerdeführerin beanstandeten Statusfrage ist anzumerken, dass sie nach eigenen Angaben Teilzeit arbeitete, um mehr Freizeit zu haben. Dies wird zur Anwendung der mit BGE 142 V 290 geänderten Rechtsprechung führen, wonach die Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich neu nur noch proportional zu berücksichtigen ist.

Da folglich mit den Parteien davon auszugehen ist, dass aufgrund der bisherigen Aktenlage nicht über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entschieden werden kann, ist die Sache antragsgemäss gestützt auf § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze ist eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu über den Rentenanspruch verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin

wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent - schädigung von Fr. 1300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Protekta Rechtsschutz-Versicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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