

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00114 vom 4. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00114

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00114 du 4 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00114 del 4 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

8. August

2017 kündigte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 8/25). Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 7.

und 18. September 2017 Einwände (Urk. 8/28, Urk. 8/30).

Mit Verfügung vom 4. Dezember

2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk.

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 Geburts gebrechen, 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 ausgeglichene n 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. 1.2.1

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 unbesehen 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.

E. 1.2.2

Mit BGE 143 V 4 18 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

E. 1.3

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

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

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

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

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der

Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Schreiben an die IV-Stelle vom 19. Dezember 2017, ergänzt mit Schreiben vom 15. Januar 2018, Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 4. Dezember 2017 sei aufzuheben und ihre Leistungsansprüche seien nach weiterer, vollständiger Abklärung ihres Gesundheitszustandes durch die Beschwerdegegnerin

erneut zu prüfen (Urk. 1/1-2). Mit der Beschwerde wurden die Berichte der Klinik für Neurologie des Z.____ vom 25. September 2017 (Urk. 3/2) und von dipl. med. A.____, Fachärztin für Neurologie, vom 8. Januar 2018 (Urk. 3/4) sowie das Arztzeugnis der B.____ vom 3. Januar 2018 (Urk. 3/3) zu den Akten gegeben. Die Beschwerdegegnerin überwies die Beschwerde mit Schreiben vom 29.

Januar 2018 an das hiesige Gericht (Urk. 4). In der Beschwerdeantwort vom 5. März 2018 schloss sie auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da aus rein invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei, auch wenn in medizinischer Hinsicht die bestehende Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt sei. Es sei davon auszugehen, dass ihre letzte Arbeitsstelle zur psychischen Dekompensation geführt habe und die gesundheitliche Einschränkung in Zusammenhang mit einem Konflikt am Arbeitsplatz und einer hohen Stressbelastung stehe; diese belastenden Faktoren könnten keine wesentliche und lange Zeit andauernde Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit begründen. Ausserdem hätten sich ihre psychischen Beschwerden zum Teil wieder zurückgebildet und durch den neurologischen Befund sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Die

Beschwerdeführerin

wendet dagegen sinngemäss ein, ihre Leistungsfähigkeit sei trotz intensiver ärztlicher Behandlungen weiterhin erheblich beeinträchtigt und es bestehe noch immer eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit. Es seien noch weitere Ärzte beigezogen worden und weitere Abklärungen geplant, namentlich eine zweite Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels zur Darstellung möglicher Veränderungen im Vergleich zum ersten MRT und Konsultationen in der Klinik für Neurochirurgie. Danach werde entschieden, ob eine Operation vorgenommen werden müsse. Sie habe trotz Bitte um Akteneinsicht, diese noch nicht erhalten. Es sei jedoch anzunehmen, dass die Beschwerdegegnerin nicht alle Berichte der Fachärzte eingeholt habe, weshalb der medizinische Sachverhalt auch nicht in ausreichendem Ausmass habe geprüft werden können

(Urk. 1/1-2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint hat. 3. 3.1

3.1.1

In medizinischer Hinsicht ist dem Bericht vom 23. Januar 2017 von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem die Beschwerdeführerin vom 2. September bis 25. Oktober 2016 in Behandlung war, zu entnehmen, laut den Angaben der Beschwerdeführerin

habe sich in den letzten Jahren ihrer beruflichen Tätigkeit als administrative Leiterin einer Klinik parallel zu einer wachsenden Enttäuschung über fehlende Wertschätzung ein chronischer Erschöpfungszustand eingeschlichen; dies nachdem die Arbeitslast kontinuierlich angehoben und entsprechende Einwände ignoriert worden seien. Schliesslich seien Symptome wie innere Unruhe, Schwindel, Schweissausbrüche und Konzentrationsstörungen hinzugekommen. Daher habe sie sich zur Kündigung entschieden. Nach dem Austritt aus dem Betrieb sei sie zuhause geblieben und habe die Haushalts- und Betreuungsaufgaben der bisher eingestellten Haushälterin und Betreuerin ihrer beiden Kinder, geboren 2006 und 2009, übernommen. Die von der Hausärztin angesetzte antidepressive Behandlung mit Psychopharmaka (Zoloft und Trittico) habe zu einer leichten Beruhigung sowie Besserung der Schlafqualität geführt. Weiter führte Dr. C.____ aus, für den Krankheitsverlauf würden sich die persönlichen und familiären Ressourcen als sehr positiv erweisen. Die Beschwerdeführerin achte trotz der anhaltenden Freudlosigkeit auf eine gesunde Tagesstruktur. In diagnostischer Hinsicht sei die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) in psychosozialer Belastungssituation zu stellen. Sein Behandlungskonzept sehe vor, dass die Beschwerdeführerin sich trotz der schlechten Befindlichkeit so rasch als möglich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) anmelde (Urk. 8/20/26-27).

3.1.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers ÖKK Versicherungen AG (Urk. 8/8/1), hatte die Beschwerdeführerin gemäss seinem Bericht vom 8. Februar 2017 am 12. Januar 2017 untersucht. Er schloss auf die Diagnosen einer manischen Episode (ICD-10 F30), einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) und einer anderen neurotischen Störung (ICD-10 F48), gemeint wohl einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0). Es habe sich ein Bild einer baren Katastrophe gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei in einem manifformen Zustand, vollkommen erschöpft und schwer traumatisiert. Die bisherige Therapie der Hausärztin sei exotisch gewesen und habe nichts genützt. Die Zuweisung zu einer Psychiaterin sei an und für sich zwar richtig gewesen, auch habe diese die Situation in ihrem Bericht recht gut beschrieben;

jedoch habe diese nicht die richtige Diagnose gestellt und auch die Therapie sei nicht die richtige gewesen und habe nichts genützt. Die Beschwerdeführerin sei im jetzigen Zustand in keiner beruflichen Erwerbstätigkeit arbeitsfähig. Wenn sie nun richtig behandelt werde, und zwar mit einer anderen, darauf spezialisierten ärztlichen/psychiatrischen Behandlung von Traumafolgestörungen und solchen agitierten Erschöpfungen, werde sie bis Ende Juli 2017 wieder voll arbeitsfähig sein (Urk. 8/20/22-25). 3.1.3

Die Hausärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, hielt im Bericht vom 13. Februar 2017 (Eingangsdatum) fest, dass sie aufgrund der Diagnosen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1/2), eines chronischen Müdigkeitssyndroms (Chronic

fatigue

syndrome; ICD-10 G93.3), einer hypertensiven Herzkrankheit (ICD-10 I11.0), einer Duodenitis (ICD-10 K29.8) sowie einer Infektion der oberen Atemwege (ICD-10 J06.9) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab dem 17. Juni 2016 attestiert habe. In Bezug auf einen stressfreien Arbeitsplatz sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Urk. 8/15/1-4). 3.1.4

Gemäss den Berichten des Zentrums für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium F.____, der B.____ vom 18. Mai und vom 6. November 2017 habe die Beschwerdeführerin aktuell in erster Linie über eine massive Traurigkeit, innere Spannung, Konzentrationsschwierigkeiten und Gefühllosigkeit berichtet. Es sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) gestellt worden. Des Weiteren sei von einer Akzentuierung anankastischer Persönlichkeitszüge auszugehen. Durch die Beschwerden seien die berufliche Leistungsfähigkeit und die Freizeitgestaltung erheblich beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin habe aktuell erhebliche Schwierigkeiten, die berufliche Aktivität fortzusetzen. Es bestünden eine massiv verminderte Effektivität

und erhebliche Entscheidungsschwierigkeiten. Zudem sei von einer gesteigerten Ermüdbarkeit und einer Verminderung der Konzentration sowie vom Verlust des Selbstvertrauens auszugehen. Mit der Symptomatik sei derzeit ein hoher subjektiver Leidensdruck verbunden. Es könne aktuell von einer leichten Verbesserung der Symptomatik ausgegangen werden. Im Beruf als Spital- und Arztsekretärin bestehe ab Behandlungsbeginn vom 5. Mai 2017 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Entwicklung im letzten halben Jahr (von Mai bis November 2017) lasse erahnen, dass es zukünftig schwierig sein werde, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Sekretärin zu erreichen. Entscheidend sei eine engmaschige und konstante ambulante ärztliche Führung, um die Beschwerdeführerin wieder zu stabilisieren. Während ungefähr einem halben Jahr sei sie bei Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychologie, angebunden gewesen, wo wöchentliche ambulante Psychotherapien mit pharmakotherapeutischer Medikation durchgeführt worden seien (Urk. 8/20/29-30, Urk. 8/34/1-7). 3.1.5

Dr. G.____, bei welcher die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2016 bis mindestens im Juni 2017 in Behandlung gewesen war, hatte im Bericht vom 4. August 2017 erklärt, die Beschwerdeführerin sei seit mehr als einem Jahr wegen einer schweren Depression behandelt worden. Trotz Ressourcen, Motivation und multimodaler Therapie (Alternativmedizin mit Akupunktur, Physiotherapie, Psychotherapie, Psychopharmakotherapie) zeige sich der Verlauf verzögert und sei die Beschwerdeführerin bis heute zu 100% arbeitsunfähig. Als Ursache für die Arbeitsunfähigkeit seien die Diagnosen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, gegenwärtig teilweise remittiert (ICD-10 F32.1/32.2), bei einer Persönlichkeit mit akzentuierten Persönlichkeitszügen (leistungsorientiert, perfektionistisch; ICD-10 Z73.1), einer kortikalen Überaktivierung bei gleichzeitig verminderter pro- und reaktiver Kontrolle (quantitative Electroencephalography

[qEEG] /

Event-Related-Potentials [ERP] Juni 2017) und eines Hypophysenmikroadenoms ohne Pathologie im Hirnparenchym (Nervenzellengewebe; MRT Schädel Juni 2017) zu nennen. Die Beschwerdeführerin werde mit Psychotherapie mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz in wöchentlichen und zuletzt zwei wöchentlichen Abständen sowie psychopharmakologisch mit Zoloft und Trittico behandelt. Eine gewisse Besserung ihres psychischen Zustandes habe erzielt werden können.

Für die Zukunft seien dringend Eingliederungsmassnahmen nötig, so dass sie zuerst mit einem Arbeitsversuch in einem 50% igen Pensum, am besten zuerst in einer angepassten Tätigkeit ohne Stress, starten könne (Urk. 8/20/7- 11) . 3.1.6

Zu den Ergebnissen der neuropsychiatrischen Abklärungen mittels qEEG und ERP vom 27. Juni 2017 (Urk. 8/20/21) hielt der Psychiater und Neurologe Dr. H.____ im Bericht vom 5. Juli 2017 fest, es lasse sich eine quantitative kortikale Überaktivität nachweisen, ein Neuromarker, den man bei Patienten mit Angst/Anspannung finden könne und zur von der Beschwerdeführerin berichteten Unruhe bei gleichzeitiger Erschöpfung passe. Daneben zeige sich eine deutliche Aufmerksamkeitsstörung mit signifikant verminderter kognitiver Kontrolle, passend zu der angegebenen Konzentrationsstörung. Die ERP-Befunde würden zu einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (AD [H] S) passen, bei aber diesbezüglich unauffälliger Anamnese würden die Defizite als Folge der kortikalen Überaktivität interpretiert. Nebenbefundlich habe sich ein Hypophysenmikroadenom

gefunden. Der Hormonstatus sei noch ausstehend. Klinisch sei von einem Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) auszugehen, differentialdiagnostisch (DD) von einer depressiven Episode (Urk. 8/20/19-20).

3.1.7

Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des Z.____ führten im Bericht vom 25. September 2017 aus, die Beschwerdeführerin sei von Dr. E.____

im Rahmen einer Abklärung bei Kopfschmerzen, Schwindel und Depression zur Beurteilung des Befundes einer intracellären Raumforderung mit Verdacht auf ein Mikroadenom der Hypophyse zugewiesen worden.

Die Beschwerdeführerin habe ein relativ reiches syndromisches Bild beschrieben mit nicht nur depressions-ähnlichen Beschwerden, sondern auch Gewichtszunahme, vermehrtem Schwitzen, Erschöpfung und Herzklopfen. Das

MRT des Schädels vom 3. Juli 2017 zeige

einen altersentsprechenden normalen Befund des Zerebrums, insbesondere finde sich kein radiologischer Hinweis auf das Vorliegen einer

Encephalomyelitis

disseminata. Als Nebenbefund sei der Verdacht auf ein Hypophysenmikroadenom (9x6mm) zu nennen. Diesbezüglich werde eine endokrinologische Abklärung zum sicheren Ausschluss eines möglichen Hyperkortisolismus

empfohlen. Ausserdem sei eine Obstruktion des Sinus maxillaris rechts durch eine grosse Retentionszyste, differentialdiagnostisch eine Mukozele, zu erkennen (Urk. 3/2). 3.1.8

Die Neurologin Dr. A.____ stellte gemäss dem Bericht vom 8. Januar 2018 fest, die Laboruntersuchungen mit schwankenden erhöhten Kortisonspiegeln und erhöhtem a

drenocorticotrope m Hormon (ACTH) würden bei MR-tomographischem Verdacht auf ein Hypophysenadenom Hinweise auf eine Funktionsstörung der Nebennierenachse zeigen. Hierdurch seien Schwankungen im Allgemeinbefinden durchaus erklärt. Zu weiteren Abklärungen werde sie die Beschwerdeführerin zu einem erneuten MRT anmelden. Auch bezüglich der Vorstellung in der Neurochirurgie im Z.____ bestehe die Frage der Notwendigkeit weiterer neurochirurgischer Beurteilungen (Urk. 3/4). 3.2 3.2.1

Bei dieser medizinischen Aktenlage kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht bereits abschliessend auf einen nicht anspruchsbegründenden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin geschlossen werden.

Denn es wurden im hier massgeblichen Überprüfungszeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Dezember 2017 (Urk. 2) allein schon bezüglich der psychischen Beschwerden von psychiatrischen Fachärzten ab Anfang September 2016 bis mindestens Anfang November 2017 und anhaltend je eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer jeweils fachärztlich festgestellten Erkrankung attestiert. Und zwar wurden zusammengefasst die folgenden Diagnosen und Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit festgehalten: leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0; Dr. C.____, Behandlung vom 2. September bis 25. Oktober 2016; Urk. 8/20/26-27); manische Episode (ICD-10 F30), sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8), andere neurotische Störung (ICD-10 F48), 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit prognostisch bis mindestens Ende Juli 2017 (Dr. D.____, Untersuchung vom 12. Januar 2017; Urk. 8/20/22-25); mittelgradige bis schwere depressive Episode, gegenwärtig teilweise remittiert (ICD-10 F32.1/32.2), bei einer Persönlichkeit mit akzentuierten Persönlichkeitszügen (leistungsorientiert, perfektionistisch; ICD-10 Z73.1), 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vom 1. Dezember 2016 bis mindestens am 24. Juni 2017, versuchsweise 50%ige Arbeitsfähigkeit in Tätigkeit ohne Stressbelastung (Dr. G.____, Behandlung vom 1. Dezember 2016 bis mindestens 24. Juni 2017, Urk. 8/20/7, Urk. 8/20/12); mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab Behandlungsbeginn (5. Mai 2017) bis auf Weiteres (B.____-Ambulatorium, Behandlung vom 5. Mai bis mindestens 6. November 2017; Urk. 8/34/1-6); Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0), DD depressive Episode (Dr. H.____, Abklärung vom Juni/Juli 2017, Urk. 8/20/19-20).

Damit sind den vorliegenden ärztlichen Berichten fachärztlich festgestellte Diagnosen zu entnehmen, welche mit Blick auf die neueste bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 141 V 281, 143 V 409 und 419) nicht ohne Weiteres als invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant und nicht anspruchserheblich abgetan werden können, zumal keine(r) der Ärzte und Ärztinnen eine vollständige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als leitende MPA attestiert hat. 3.2.2

Das vorliegende psychische Beschwerdebild mit affektiver Störung von (je nach Zeitpunkt und Arztbericht) leichter bis schwerer Ausprägung ist gemäss der jüngsten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 409 E. 4.5 und 418 E. 7, Urteile vom 30. November 2017) nunmehr unter Berücksichtigung des mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) präzisierten strukturierten, normativen Prüfungsrasters zu beurteilen. Dabei basiert das strukturierte Beweisverfahren auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkung sämtlicher Leiden (BGE 143 V 418 E. 8.1, 141 V 281 E. 4.3.1.3). Die Beschwerdegegnerin ist im angefochtenen Entscheid vom 4. Dezember 2017 (Urk. 2) dagegen von den ärztlichen

Einschätzungen abgewichen, ohne ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren durchzuführen; auch zu den einzelnen Standardindikatoren (BGE 141 V 281 E. 4) hat sie nichts ausgeführt.

Von einem solchen Beweisverfahren darf indes nur ausnahmsweise abgesehen werden, wovon bei der vorliegenden Aktenlage nicht auszugehen ist. Denn es ergeben sich aus den Akten keine Hinweise auf Ausschlussgründe wie Simulation oder erhebliche Aggravation bei fehlender verselbständigter Gesundheitsschädigung. Auch ist ein konkreter Beweisbedarf gegeben, da keine beweismässigen fachärztlichen Berichte vorliegen, in denen eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wurde oder mit denen prägnante Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkung bereits abschliessend ausgewiesen wären (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2, 143 V 409 E. 4.5.3, 143 V 418 E. 7.1). Vielmehr sind die diagnostischen Einschätzungen und Beurteilungen der funktionellen Auswirkungen durch die psychiatrischen Fachärzte von September 2016 (Urk. 8/20/26) bis Dezember 2017 (Urk. 2) unterschiedlich ausgefallen. So ist etwa dem Bericht von Dr. Weidmann bezüglich den fünf Sitzungen von September bis Oktober 2016 eine lediglich leichte depressive Störung bei relativ hoher verbleibender Funktionalität in der Haushaltsführung, Kinderbetreuung und bei Freizeitaktivitäten zu entnehmen, allerdings ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/20/26-27). Dagegen wurde von Dr. G. ___ nur wenige Wochen später bezüglich der Zeit ab Dezember 2016 bereits eine mittelgradige bis schwere depressive Störung mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit beschrieben (Urk. 8/20/7-12). Und Dr. D. ___

hielt Mitte Januar 2017 einen manifomen Zustand mit totaler Erschöpfung, schwer traumatisiert, und ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest (Urk. 8/20/24-25). Dabei ist fraglich und zu klären, ob diese Unterschiede je durch unterschiedliche Einschätzungen oder durch den Verlauf der Krankheit begründet sind. Ausserdem fehlen weitgehend Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensan gepassten Tätigkeit, was ebenfalls abzuklären sein wird. 3.2.3

Die Beschwerdegegnerin kann sich bei ihrem Entscheid (Urk. 2) sodann auf keine ärztliche Stellungnahme stützen, welche ohne Weiterungen und ohne Einkommensvergleich auf eine nicht anspruchrelevante Gesundheitsbeeinträchtigung schliessen liesse. Insbesondere hat die Beschwerdegegnerin auch keine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), welche aus medizinischer Sicht eine von der Aktenlage abweichende Beweisgrundlage darzustellen vermöchte, eingeholt (vgl. Urk. 8/23, Urk. 8/35). Dem Feststellungsblatt vom 4. Dezember 2017 ist dazu zu entnehmen, dass erst im Einwandverfahren eine Sitzung mit Beteiligung wohl eines Mitgliedes des RAD stattfand, deren Ergebnis zusammen gefasst festgehalten wurde. Es ist jedoch nicht ersichtlich, ob ein und welcher (Fach-)Arzt daran teilnahm und was dessen Beurteilung mit welcher Begründung war (vgl. Urk. 8/35/3; zur Funktion und Aufgabe des RAD vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3).

In jedem Fall ist auch für die bei psychischen Leiden vorzunehmende Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens mit Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 zunächst eine ärztlich hinreichend begründete Grundlage mit Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu beschaffen. Diesbezüglich hat das Bundesgericht über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung ausgeführt, dass es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung

aufgegeben ist, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 5.2.1). Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2, 130 V 352 E. 2.2.5). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.2; BGE 140 V 193 E. 3.2). Dies hat die Beschwerdegegnerin bei ihrer Entscheidung nicht hinreichend berücksichtigt.

3.2.4

Auch soweit die Beschwerdegegnerin mit ihren Ausführungen im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 1 f.) von einer nur vorübergehenden psychischen Dekompensation bedingt durch eine psychosoziale, nämlich berufliche Belastung ausgeht, findet sich in den Akten keine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage.

Dabei gilt es zu differenzieren, ob sich die psychischen Beschwerden in psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren erschöpfen oder ob davon unterscheidbare eigenständige psychische Krankheitsbilder im Sinne eines medizinischen Substrates (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a) vorliegen; dies darf nicht ohne ärztliche Grundlage allein aus Sicht des Rechtsanwenders beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1). Im Leitentscheid BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht zudem erneut bestätigt, dass soziale Faktoren nur soweit auszuklammern seien, als es darum gehe, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen würden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen würden (E. 3.4.2.1).

Hier liegen bereits bezüglich der Zeit ab September 2016 fachärztlich psychiatrische Berichte vor, welche von eigenständigen psychischen Krankheitsbildern sprechen, und zwar

nachdem mit der Kündigung per 1. August 2016 (Urk. 8/20/9) der unmittelbare psychosoziale Belastungsfaktor der belastenden beruflichen Tätigkeit weggefallen war. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass sich anspruchrelevante Gesundheitsbeeinträchtigungen bildeten und sich die psychischen Beschwerden nicht in psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren erschöpfen.

Denn gemäss den vorliegenden Arztberichten hat sich zusätzlich zur und/ oder aufgrund der Erschöpfung eine affektive (manische oder depressive) Störung entwickelt (Urk. 8/20/9-10, Urk. 8/34/2-3). Die ärztlichen Berichte weisen auch darauf hin, dass sich die

chronische Erschöpfung, welche sich anfänglich während der belastenden beruflichen Tätigkeit als administrative Klinikleiterin entwickelt hat (Urk. 8/20/26), nachhaltig und längerdauernd (mit hin länger als ein Jahr, vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) auf den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihre Arbeitsfähigkeit - soweit aktenkundig mindestens bis November 2017 und bis auf Weiteres (vgl. Bericht des B.____ -Ambulatoriums vom 6. November 2017, Urk. 8/34/1-7) - ausgewirkt hat. Ob und inwiefern dies im Einzelnen der Fall ist, wird fachärztlich umfassend abzuklären sein.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die bisherige Rechtsprechung, wonach leichte bis mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis nur dann als invalidisierend zu werten waren, wenn sie im Sinne einer Behandlungsresistenz als schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar galten (BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2), vom Bundes gericht mit dem Entscheid BGE 143 V 409 aufgegeben wurde .

3.2.5

Hinzu kommt, dass auch in somatischer Hinsicht Beschwerdebilder vorliegen oder in Abklärung sind , von denen nicht ohne Weiteres abschliessend eine Beteili gung /Wechselwirkung an der Leistungsbeeinträchtigung , etwa durch Einfluss auf den Allgemeinzustand oder/und Unterhalt der Erschöpfung, ausgeschlossen werden kann. Namentlich führte die Hausärztin Dr.

E.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht eine hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz (ICD-10 I11.0) auf (Urk. 8/15/1), wozu indes keine näheren Angaben und Abklärungsberichte aktenkundig sind. Auch wurde aus neurologischer Sicht von Dr. A.____

festgehalten, dass die Ergebnisse der Laboruntersuchungen bei Verdacht auf ein Hypophysenadenom Hinweise auf eine Funktionsstörung der Nebennierenachse zeigen würden, was Schwankungen im Allgemeinbefinden durchaus erklären dürfte (Urk. 3/4). Ob und inwiefern dies bezüglich in der Zwischenzeit weitere Ergebnisse vorliegen und ob es sich dabei um Beschwerdebilder mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit handelt, wird ebenfalls abzuklären sein. Ferner werden die vom Neurochirurgen veranlassten beziehungsweise in Aussicht genommenen endokrinologischen und bildgebenden Abklärungen (Urk. 3/2) zu berücksichtigen sein. 3.3

3.3.1

Nach dem Gesagten kann bei gegebener Akten- und Rechtslage nicht abschlies send über die Frage des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin entschieden werden. D er hier zu prüfende Sachverhalt ist nicht umfassend bezüglich sämt licher Beschwer debilder der Beschwerdeführerin und deren funktionellen Auswir kungen auf ihre Leistungsfähigkeit abgeklärt.

Daran ändern auch die vorlie gen den Berichte der behandelnden Ärzte nichts.

Die medizinische Aktenlage erweist sich damit als ergänzungsbedürftig.

Die Beschwerdegegnerin hat zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

unter Berücksichtigung des chronologischen Verlaufs mindestens ab Juli 2016 (Beginn der hausärztlichen Krankschreibung, Urk. 8/15/3) ergänzende medizinische, insbesondere auch fachärztlich- psychiatrische Abklärungen vorzunehmen, welche einer Gesamtbetrachtung

der funktionellen Auswirkungen sämtlicher somatischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (BGE 141 V 281, 143 V 409, 418)

Rechnung tragen. Hierzu empfiehlt sich eine interdisziplinäre Begutachtung, wobei vorab die aktuellen Berichte der behandelnden somatischen und psychiatrischen Ärzte einzuholen sind. Hernach hat die IV-Stelle neu über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin, mithin auch über den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Art. 14a ff. IVG), zu entscheiden. 3.3.2

Die angefochtene Verfügung vom 4. Dezember

2017 (Urk. 2) ist somit aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über die Leistungsansprüche

der Beschwerdeführerin

zurückzuweisen. 4.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Dezember

2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

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

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

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