

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00738 vom 12. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00738

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00738 du 12 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00738 del 12 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1967 geborene X.____, Mutter einer Tochter (geboren 1995), gelernte Dentalassistentin, war vom 1. Juni 2004 bis am 31. August 2013 als Sachbearbeiterin bei Y.____

in einem 50%-Pensum tätig (Urk. 7/8 und Urk. 7/61).

Am 27. Mai 2013 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte mit Hinweis auf eine psychische Erkrankung bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/8).

Am 7. Juni 2013 erhielt die IV-Stelle die Unterlagen der Krankentagegeldversicherung CSS zu ihren Akten (Urk. 7/13-16). Nach Einholung eines Auszugs aus dem individuellen Konto (Urk. 7/20) und einem persönlichen Gespräch mit der Versicherten zur Abklärung ihrer beruflichen Situation (Urk. 7/21) übernahm die IV-Stelle mit Mitteilung vom 16. August 2013 im Rahmen von Frühinterventionenmassnahmen die Kosten für ein Bewerbungs-Coaching (Urk. 7/26). Im April 2014 fand die Versicherte schliesslich per 1. Juni 2014 eine Anstellung am Universitätsspital Z.____ in einem 60%-Pensum als Verwaltungssekretärin (Urk. 7/53). Mit Mitteilung vom 11. April 2014 informierte die IV-Stelle die Versicherte, dass die Arbeitsvermittlung erfolgreich abgeschlossen sei (Urk. 7/54). Zur Abklärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse holte die IV-Stelle Unterlagen der CSS (Urk. 7/56-57), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/61) sowie einen Arztbericht ein (Urk. 7/62). Mit Verfügung vom 12. September 2014 verneinte die IV-Stelle schliesslich wie vorgeschrieben einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 7/6).

E. 1.1

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

Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

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

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich 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. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege be nenfalls 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).

E. 1.6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

E. 1.7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Be schwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den

Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2019 erwog die Beschwerdegegnerin, sie habe bei den behandelnden Ärzten medizinische Unterlagen eingeholt und das Dossier danach dem RAD vorgelegt. Trotz gesundheitlicher Einschränkung sei die Beschwerdeführerin in der Lage regelmässig einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Es liege keine Diagnose vor, welche Leistungen der Invalidenversicherung begründen würde. Zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes werde die Fortführung der Therapie und allenfalls ein stationärer Aufenthalt empfohlen (Urk. 2) . 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass auf die Einschätzung des RAD-Arztes nicht abgestellt werden könne. Dieser sei als Facharzt für Chirurgie nicht qualifiziert sich zu psychischen Störungen zu äussern, wobei seine Beurteilung auch nicht überzeugend sei. In dem die Beschwerdegegnerin auf seine Einschätzung abstelle, verletze sie den im IV-Verfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz, wonach sie den Sachverhalt abzuklären habe. Sofern sie nicht auf die überzeugenden Arztberichte der behandelnden Psychiaterin abstellen möchte, wäre es geboten gewesen, den Sachverhalt von einem Facharzt für Psychiatrie abklären zu lassen, was die Beschwerdegegnerin trotz ihrem Hinweis in der Einsprache unterlassen habe. Sie habe es sogar unterlassen, die Einsprache überhaupt dem RAD vorzulegen. Dieses Vorgehen stelle eine grobe Sorgfaltspflichtverletzung dar. Es habe sich schon im Dezember 2018 gezeigt, dass die Beschwerdeführerin in der 60 % Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei und das Pensum nur mit dem Einsatz einzelner Ferientage zur gezielten Erholung und aufgrund ihres Willens habe aufrechterhalten können. Die Fachärztin habe die Beschwerdeführerin bereits im Dezember 2018 vollständig krankschreiben wollen. Aus den Akten sei erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer schweren rezidivierenden Depression leide und vollständig erwerbsunfähig geworden sei. Zumal sie ohne Gesundheitsschaden zu 100 % arbeiten würde, sei ihr eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die IV zurückzuweisen zur Ergänzung des Sachverhalts und allfälliger Vorname eines bidisziplinären Gutachtens (rheumatologisch, psychiatrisch) zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 1) . 3.

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet der Entscheid vom 12. September 2014 (Urk. 7/66), welchem in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen der Bericht vom 10. Juni 2014 von Dr. med. B.____, Fachärztin Innere Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse SGPsa /IPA, zugrunde liegt (Urk. 7/62).

Dr. B.____, bei welcher die Beschwerdeführerin seit dem 18. Juni 2007 in Behandlung war, erhob in ihrem Bericht die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode seit November 2012 (ICD-10: F33.1) und einer instabilen

Persönlichkeit (ICD-10: F60.3). Die Beschwerdeführerin sei seit Jahren bei lic.

phil. C.____ in delegierter Physiotherapie. Vom 13. November 2012 bis am 31. August 2013 sei die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsunfähig gewesen. Während dieser Zeit habe vom 21. Januar bis am 20. März 2013 eine stationäre Behandlung in der p psychiatrischen K linik D.____ stattgefunden. Aktuell finde eine kombinierte Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie bei lic.

phil .

C.____ in Delegation statt. Seit dem 1. September 2013 sei die Beschwerdeführerin auf längere Sicht im Haushalts- und Erwerb reich wieder voll arbeitsfähig. 4.

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im Rahmen der Neuanmeldung vom 15. Oktober 2018 (Urk. 7/73) auf folgende Unterlagen: 4.1

Im Bericht vom 2. Dezember 2018 erhob Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Behandlung der Beschwerdeführerin am 25. Oktober 2016 von Dr. B.____ übernahm, folgende Diagnosen (Urk. 7/81/1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, abhängigen und narzisstischen Zügen (ICD-10: F61.0) - Chronisches Schmerzsyndrom, Verdacht auf Fibromyalgie - Adipositas mit BMI 44.4 (165, 121 Kg) Aktuell bestünde eine schnelle Erschöpfbarkeit, eine verminderte Belastbarkeit, Mühe Entscheidungen zu treffen, grundloses und nicht kontrollierbares Weinen, z. T. auch am Arbeitsplatz. Am Arbeitsplatz sei die Beschwerdeführerin überlastet und überfordert. Sie stecke alle Energie in ihre drei Arbeitstage. Ausserhalb der Arbeit lebe sie eine Vita minima. Sie habe sich sozial zurückgezogen. Ihre Freundinnen habe sie früher zweimal die Woche getroffen, heute schaffe sie es noch einmal pro Monat. Familientreffen hätten früher ca. einmal im Monat stattgefunden, aktuell nur noch mit mehreren Monaten Abstand und auf Initiative der anderen. Die Beschwerdeführerin mache keine Einladungen mehr und koche auch nicht mehr für sich selber. In der Wohnung herrsche Unordnung, alles bleibe liegen. Sie gehe nicht mehr an Konzerte und telefoniere kaum mehr.

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. E.____ aus, die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2006 an einer rezidivierenden depressiven Störung erkrankt. Diese sei im Jahr 2013 unter der kombinierten Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie remittiert. Seit Mitte 2016 sei die Störung jedoch chronifiziert und habe an Schwere zugenommen. Zusätzlich sei von Dr. F.____ ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Obwohl die Medikation umgestellt und deutlich ausgebaut worden sei, habe sich die Symptomatik verschlechtert und seit 2018 bestehe insbesondere eine zunehmende Suizidalität. Die Beschwerdeführerin sei durch ihre verschiedenen psychiatrischen Diagnosen, die sich gegenseitig negativ beeinflussen würden, in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Mit grosser Anstrengung bewältige sie ein 60%-Pensum. Sie sei sehr motiviert das Teilzeitpensum zu erhalten, da die Tagesstruktur zur Stabilisierung helfe. Vom 12. bis am 25.

März 2018 sei es vorübergehend zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Nebenbei attestierte sie der Beschwerdeführerin ab dem 25. Oktober 2016 eine 40 % Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum. Wäre die Beschwerdeführerin gesund, würde sie in einem 100%-Pensum arbeiten. Von Februar bis August 2016 habe sie ihr

Pensum auf 70 % erhöht, habe es aber aus Krankheitsgründen wieder auf 60 % reduzieren müssen (Urk.

7/81/3-4). 4.2

Im Verlaufsbericht vom 16. Mai 2019 hielt Dr. E.____ fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitstätigkeit im gleichen Umfang an ihrer Belastungsgrenze weitergeführt habe. Im Februar 2019 sei sie in eine günstigere Wohnung gezogen. Sowohl beim Einpacken, wie beim Umzug selber sei sie auf fremde Hilfe angewiesen gewesen. Bis heute stünden Umzugskartons in der Wohnung, weil sie den Antrieb nicht habe, diese auszuräumen, obwohl es sie störe. Die Schmerzen hätten sich verstärkt (Urk. 7/85/2). Die Beschwerdeführerin sei weiterhin 60 % von einem 100%-Pensum arbeitsfähig, wobei es sich bei der jetzigen Tätigkeit um eine dem Leiden angepasste Arbeit handle. Von Februar bis August 2016 habe sie versucht ihr Pensum auf 70 % zu erhöhen, habe es aber aus Krankheitsgründen wieder auf 60 % reduzieren müssen (Urk. 7/85/6). 4.3

Dr. med. F.____, Fachärztin für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, bei welcher die Beschwerdeführerin seit dem 14. Juni 2016 in Behandlung ist, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 3. Juli 2019 (Urk. 7/89/6): - ein Fibromyalgiesyndrom - ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei degenerativen Veränderungen wie auch Zervikovertebralsyndrom - ein rezidivierendes PHS calcarea rechts

Bei der Beschwerdeführerin stehe betreffend die Arbeitsfähigkeit sicher die Depression im Vordergrund. Zusätzlich zur Depression habe die Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes Fibromyalgiesyndrom mit Hyperpathie und Hyperalgesie im Bereich der Arme und Beine. Schmerzbedingt könne sie schlecht schlafen, was den Allgemeinzustand und die Leistungsfähigkeit sicher zusätzlich verschlechterte. An Therapie nehme sie betreffend den Schmerzen Novalgine und Tramadol. Zusätzlich befinde sie sich in einer adäquaten Psychotherapie. Die Psychopharmaka könnten sich auch schmerzmodulierend auswirken. Betreffend Bewegung bemühe sich die Beschwerdeführerin regelmässig Velo zu fahren. Sie sei offen sichtlich in ihrer beruflichen Situation gut integriert und könne so die Leistung von 60 % erbringen. Die Haupterkrankung sei eindeutig die Depression (Urk.

7/89/7). 4.4

Am 10. Juli 2019 nahm Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, des RAD Stellung. In den beiden Arztberichten der behandelnden Psychiaterin seien die meisten Punkte wortgleich und identisch, jedoch mit fünf Monaten Unterschied. Schon im ersten Arztbericht werde eine schwere Depression beschrieben, die nur durch einen stationären Aufenthalt adäquat und den Leitlinien entsprechend habe behandelt werden können. Trotz der massiven Symptomatik gelänge es der Beschwerdeführerin 60 % zu arbeiten. Dies sei ein nicht überwindbarer Widerspruch. Die Beschwerdeführerin arbeite weiterhin in ihrer angestammten Tätigkeit in einem 60%-Pensum. Infolgedessen könne davon ausgegangen werden, dass die Schwere des Gesundheitsschadens nicht der psychiatrischen Beschreibung entspreche. Im rheumatologischen Arztbericht seien jedoch die psychiatrischen Einschränkungen als im Vordergrund stehend bezeichnet worden. Die Beschwerdeführerin sei somit in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Dabei müsse es sich um eine zeitlich flexible Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre handeln (Urk. 7/90/5). 5.

Die Beschwerdegegnerin verneinte – de r Stellungnahme des RAD folgend - das Vorliegen eines invalidenversicherungsrelevanten Gesundheitsschadens und da mit eines Leistungsanspruchs. Dem kann jedoch aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden.
5.1

Aktenkundig ist, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren an Depressionen leidet und deshalb seit dem Jahr 2007 in Behandlung war. Im November 2012 kam es aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode, und einer instabilen Persönlichkeit bis im September 2013 zu einer vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit. Dabei unterzog sich die Beschwerdeführerin vom 21.

Januar bis am 20. März 2013 einem stationären Aufenthalt in der D.____ (E. 3). Die seit Oktober 2016 behandelnde Psychiaterin bestätigte, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2006 an einer rezidivierenden depressiven Störung und einer instabilen Persönlichkeit leide. Nachdem die Störung unter der kombinierten Behandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie bis Mitte 2013 remittiert sei, habe sich diese seit Mitte 2016 chronifiziert und an Schwere zugenommen. Die Psychiaterin gab an, die Beschwerdeführerin sei seit Oktober 2016 40 % arbeitsunfähig. Nur mit grosser Anstrengung schaffe sie ein Pensum von 60 %, bezogen auf ein 100 %-Pensum, wobei sie sich sozial zurückgezogen habe (E. 4.1 und E. 4.2). In ihrem Bericht vom 13. August 2019 erklärte Dr. E.____, dass sie das Vorliegen einer schweren Episode insbesondere aufgrund der Suizidalität diagnostiziert habe. Ferner sei das Therapiesetting ebenfalls dem schweren Zustand angepasst (Urk. 7/95/1). 5.2

Beim RAD -Arzt Dr. G.____ handelt es sich um einen fachfremden Facharzt für Chirurgie, dessen Stellungnahme nicht zu überzeugen vermag. So erachtete er die psychiatrischen Arztberichte als widersprüchlich, da es der Beschwerdeführerin trotz schwerer Depression gelinge, 60 % zu arbeiten. Infolgedessen könne davon ausgegangen werden, dass die Schwere des Gesundheitsschadens nicht der psychiatrischen Beschreibung entspreche, zumal im rheumatologischen Arztbericht die psychiatrischen Einschränkungen als im Vordergrund stehend bezeichnet würden. Daraus schloss er, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit dem Belastungsprofil nach voll arbeitsfähig sei, obwohl sich aus den fachärztlichen Berichten, im Zusammenspiel mit dem stationären Aufenthalt in der D.____, der regelmässigen Psychotherapie und Behandlung mit Psychopharmaka, der seit Oktober 2016 angegebenen 40%igen Arbeitsunfähigkeit sowie dem erneut diskutierten stationären Aufenthalt (Urk. 7/95/2) in der D.____ deutliche Anhaltspunkte für eine mögliche psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin darauf hinwies, dass sie von 2010 bis 2015 als selbständige Kinesiologin in einem 40%-Pensum tätig war, wobei zumindest die entsprechenden Diplome bei den Akten liegen (Urk. 7/23/4-12). Zudem bestätigte die behandelnde Psychiaterin mehrmals, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit in einem 100%-Pensum arbeiten würde, und erklärte, es hätten auch zwei Versuche stattgefunden, die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Zuerst mit einer Zusatzaktivität als selbständige Kinesiologin in einem 40%-Pensum und danach von Februar bis August 2016 mit einer Erhöhung des Pensums auf 70 %, wobei die Beschwerdeführerin beide Male krankheitsbedingt gescheitert sei (E. 4.1, E.

4.2 und Urk. 7/95/2). Somit lässt sich eine möglich relevante Beeinträchtigung nicht ohne weiteres ausschliessen. Zu dem wäre, selbst wenn lediglich die Diagnose einer leichten Episode erhärtet werden würde – eine Prüfung der Standardindikatoren zur Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit notwendig, was von der Beschwerdegegnerin ebenfalls ausser Betracht gelassen wurde.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die von der Beschwerdeführerin mit Eingabe 18. Oktober 2019 eingereichten medizinischen Berichte - da sie nach dem relevanten Zeitraum datieren und nicht ersichtlich ist, dass sie (auch) auf den erwähnten Beurteilungszeitraum Bezug nehmen würden - im vorliegenden Zusammenhang grundsätzlich ausser Acht zu bleiben haben (Urk. 3/7-9). 5.3

Insgesamt kann demnach nicht gesagt werden, dass keinerlei Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Stellungnahme bestehen. Sodann ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin mit Blick auf den im Verwaltungsvorgehen der Invalidenversicherung geltenden Untersuchungsgrundsatz, wonach die Behörde gehalten ist, den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären (Art. 43 ATSG, BGE 130 I 180 E. 3.2), nicht statthaft. 5.4.

Der Beschwerdegegnerin ist jedoch insoweit zuzustimmen, dass nicht ohne Weiteres auf die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin abgestellt werden kann, da die Diagnose einer schweren Episode bei einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % widersprüchlich erscheint, zumal die Beschwerdeführerin zuvor bereits bei einer mittelgradigen Episode voll arbeitsunfähig war. Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ferner enthält der Bericht von Dr. F. ___ keine Angaben, wie sich die rheumatologischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und wie sie mit den psychiatrischen Diagnosen zusammenwirken. Demnach ist eine verlässliche Beurteilung nicht möglich. Gerade deshalb ist ein ärztliches Gutachten unabdingbar. 6.

Nach dem Gesagten beruht die angefochtene Verfügung auf einem unvollständig abgeklärten medizinischen Sachverhalt. Die Beschwerde ist daher in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur psychiatrischen und somatischen Untersuchung der Beschwerdeführerin und zum anschliessendem Neuentscheid an die Verwaltung zurückzuweisen ist. 7.

E. 6

).

Am 15. Oktober 2018 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte erneut bei der IV-Stelle an und ergänzte, dass sie vom 1. Mai 2010 bis am 31. August 2015 neben ihrer Anstellung am Z. ___ in einem 40%-Pensum als selbständige Kinesiologin tätig gewesen sei (Urk.

E. 7

/73).

Von der IV-Stelle darauf hingewiesen, dass zur Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Veränderung entsprechende Beweismittel beigebracht werden müssten (Urk. 7/75), reichte die Versicherte ein Schreiben der behandelnden Psychiaterin zu den Akten (Urk. 7/81).

Die IV-Stelle zog einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 7/76) und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/85 und 7/89). Am 12. Juli 2019 erging ein Rentenanspruch verneinender Vorbescheid (Urk. 7/91). Dagegen brachte die Versicherte am 24. Juli 2019 (Urk. 7/92) und am 10. September 2019 Einwände vor (Urk. 7/95-96). 2.

Die Versicherte erhob am 18. Oktober 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. September 2019 (Urk. 2) und beantragte, ihr sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die An Gelegenheit zur Vornahme medizinischer Abklärung an die Vorinstanz zurück zuweisen (Urk. 1 und Urk. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 22. November 201

E. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zu legen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. 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.

E. 7.2

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführer in Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Somit erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs P. Keller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 9 und einer Kopie von Urk. 10 - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Wantz

E. 9

beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführer in am 27. November 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Mit Eingabe vom 15. Juli 2020 reichte die Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Juni 2020 zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich ins Recht (Urk.9 und Urk. 10). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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