

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00748 vom 20. Juli 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-07-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00748

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00748 du 20 juillet 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00748 del 20 luglio 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1965 geborene X.____, Fotofachangestellte mit Fähigkeitsausweis, war seit 2007 bei der Z.____ AG vollzeitlich als IT Service Delivery Manager tätig (Urk. 7/11, Urk. 7/7). Am 17. Mai 2016 wurde ihr die Stelle aus Restrukturierungsgründen per 30. November 2016 gekündigt unter Freistellung ab 17. Juni 2016. Infolge Arbeitsunfähigkeiten verlängerte sie das Arbeitsverhältnis bis 30. November 2017 (Urk. 3/5-6 und Urk. 7/11/1).

Am 30. Mai 2017 hatte sie sich unter Hinweis auf ein Nierenversagen, eine Leberzirrhose, eine Mangelernährung sowie eine depressive Phase bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an gemeldet (Urk. 7/6). Die Sozialversicherung sanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und zog unter anderem die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/ 28-29) bei.

Mit Vorbescheid vom 25. Februar 2019 (Urk. 7/38) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ausrichtung einer ganzen Rente ab 1. Dezember 2017 in Aussicht, wogegen die Pensionskasse der O.____ am 20. März 2019 Einwand (Urk. 7/43) erhob. Mit Verfügung vom 23. September 2019 (Urk. 2) sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. Dezember 2017 eine ganze Rente zu.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 des Bundesgesetz es 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 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). 1.

E. 2

Dagegen erhob die Pensionskasse der O. ___ am 23. Oktober 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dass die Verfügung vom 23. September 2019 aufzuheben sei und die Eröffnung des Wartejahrs sowie das Validen- und Invaliden einkommen und

der sich daraus ergebende Invaliditätsgrad neu zu bestimmen seien. Eventuell sei ein Gutachten erstellen zu lassen und subeventuell sei das Dossier an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese gesetzeskonform Eingliederungsmassnahmen durchführe (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2019 (Urk. 6) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme. Am 17. Dezember 2019 wurde

X. ___ zum Prozess beigelegt (Urk. 8) und am 20. April 2020 erging unter Auflage aktueller Arztberichte (Urk. 17/2-3) die Stellungnahme der Beigeladenen (Urk. 16) mit den Anträgen, es sei

die Beschwerde abzuweisen und die ihr mit Verfügung vom 23. September 2019

ab 1. Dezember 2017 zugesprochene ganze Rente

zu bestätigen (S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 11. Mai 2020 auf eine entsprechende Stellungnahme (Urk. 22). Die Beschwerdeführerin erstattete unter Auflage neuer Unterlagen (Urk. 26/5-6) am 26. August 2020 Replik (Urk. 25)

und nahm gleichzeitig Stellung zur Eingabe der Beigeladenen vom 20. April 2020, wobei sie ihre ursprünglichen Anträge insofern anpasste, als dass sie nun als Hauptanträge die Aufhebung der Verfügung und die Erstellung eines Gutachtens nannte und die übrigen Begehren als Eventualanträge formulierte (S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 13. Oktober 2020 (Urk. 30) auf eine

Stellungnahme zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 26. August 2020. Die Beigeladene hielt am 14. Dezember 2020 (Urk. 33) unter Auflage weiterer Dokumente (Urk. 34/1-8) an ihren Anträgen fest. Am 7. Januar 2021 (Urk. 37)

reichte sie weitere Unterlagen (Urk. 38/1-2) ein. Während die Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2021 auf eine entsprechende Stellungnahme verzichtete (Urk. 41), äusserte sich die Beschwerdeführerin am 19. Januar 2021 zu den genannten Eingaben (Urk. 42). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 8. Februar 2021 auf eine diesbezügliche Stellungnahme (Urk. 46). Die Beigeladene

liess sich unter Vorlage weiterer Unterlagen (Urk. 50/1-2) am 12. April 2021 vernehmen (Urk. 49). Die Beschwerdeführerin nahm am 6. Mai 2021 entsprechende Stellung (Urk. 53), die Beschwerdegegnerin verzichtete am 11. Mai 2021 auf eine Stellungnahme (Urk. 54), was den Parteien am 18. Mai 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 55). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass aus ärztlicher Sicht die medizinische Behandlung im Vordergrund stehe, weshalb keine Eingliederungsmassnahmen zu prüfen seien. Seit dem 19. Oktober 2016 liege in medizinischer Hinsicht in der bisherigen Tätigkeit als IT Service Delivery Manager sowie in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. Der Beigeladenen sei deshalb kein Erwerbseinkommen mehr möglich, weshalb ein Invaliditätsgrad von 100 % bestehe. Das Wartejahr sei per 18. Oktober 2017 abgelaufen, weshalb unter Berücksichtigung des Ablaufs von sechs Monaten seit der IV-Anmeldung vom 6. Juni 2017 die Leistungen ab 1. Dezember 2017 auszurichten seien (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass das Korsakow-Syndrom, auf welches der Rentenanspruch vor allem abgelehnt werde, bislang nicht zweifelsfrei diagnostiziert und im neuropsychologischen Bericht die Durchführung weiterer Abklärungen empfohlen worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe in der Folge indes keine zusätzlichen Untersuchungen veranlasst. In den Jahren 2016 und 2017 sei die Arbeitsunfähigkeit sodann von invaliditätsfremden Faktoren (Stellenverlust, Tod der Mutter) bestimmt gewesen. Aufgrund der vorhandenen Akten sei überdies nicht zu beurteilen, inwiefern die Beigeladene ihre Ressourcen in einer angepassten Tätigkeit verwenden könne und sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (S. 13 Ziff. 19).

Im Weiteren bestritt die Beschwerdeführerin den von der Beschwerdegegnerin festgesetzten Beginn des Wartejahrs am 19. Oktober 2016, da keine echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vorlägen, die anfänglich reaktive Depression auf die Kündigung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle und die neuropsychologische Abklärung erst im Juli 2018 Hinweise auf ein (noch nicht klar diagnostiziertes) Korsakow-Syndrom gezeigt hätten (S. 16 f. Ziff. 22). In ihrer Stellungnahme vom 19. Januar 2020 (Urk. 42) präzisierte die Beschwerdeführerin, dass keine von der Beigeladenen bei der IV-Anmeldung geltend gemachte gesundheitliche Einschränkung zu einer lang andauernden Arbeitsunfähigkeit geführt haben könne und von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands im Jahr 2018 auszugehen sei (S. 14 f.).

E. 2.3

Die Beigeladene machte im Wesentlichen geltend, dass psychosoziale Faktoren das Krankheitsgeschehen beeinflusst hätten. Die krankhaften Befunde - vorab die alkohol- oder depressionsbedingte Hirnschädigung - hätten sich indes zwischen zeitlich derart verselbständigt, dass sie sich auch nach Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren nach wie vor negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Im Februar 2017 lasse sich bildgebend eine irreversible Schädigung des Gehirns nachweisen. Die im Juli 2018 erhobenen neuropsychologischen Befunde führten in Kombination mit den objektiv nachweisbaren Befunden der Hirnschädigung zum nachvollziehbaren Schluss, dass die Beigeladene weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei. Für diese Schlussfolgerung brauche es keine weiteren medizinischen Abklärungen und es spiele auch keine Rolle, ob ein Korsakow-Syndrom eindeutig diagnostiziert werden könne oder nicht (Urk. 16 S. 6 Ziff. 13, S. 8 f. Ziff. 15 f., S. 13 f. Ziff. 28).

In den Eingaben vom 14. Dezember 2020 (Urk. 33) und 7. Januar 2021 (Urk. 37) präzisierte die Beigeladene, dass sie bereits seit dem Jahre 2015 unter depressiver Stimmung und Schlafstörungen gelitten und einen vermehrten Alkoholkonsum betrieben habe (Urk. 35 S. 2 f. Ziff. 4 ff., Urk. 37 S. 2). Am 12. April 2021 wies sie darauf hin, dass sich ihr Zustand im Juni 2018 nicht verschlechtert habe, sondern zu jenem Zeitpunkt sämtliche Befunde vorgelegen hätten, welche einen Rückschluss auf die bereits seit Oktober 2016 vorhandene Arbeitsunfähigkeit zu liessen (Urk. 49 S. 10 Ziff. 13).

E. 2.4

Unbestritten ist vorliegend die Beschwerdelegitimation (Art. 59 ATSG) der Beschwerdeführerin als Vorsorgeeinrichtung, welche sich aus der Bindungswirkung des vorliegend zu fällenden Entscheids ergibt, nachdem ihr die angefochtene Verfügung vom 23. September 2019 (Urk. 2) eröffnet worden ist (vgl. BGE 132 V 1 E. 3.2, BGE 143 V 434 E. 2.2).

E. 3

Dr. C.____, Facharzt FMH Neurologie, nannte am 4. Juni 2018 folgende Diagnosen (Urk. 7/33/9-10 S. 1): - Epilepsie - erstmaliger epileptischer Anfall 29.12.2015, vorgehend Schlafentzug - letztes Anfallsereignis 26.05.2017, provoziert durch Alkoholentzug - chronischer Alkohol-Überkonsum, aktuell sistiert - Leberzirrhose, ED 12/2016 - Status nach reaktiver Depression mit Mangelernährung bei Verwahrlosung infolge Stellenverlust Ende 2016 - Aktionstremor - essenziell und enhanced physiologisch

Im Rahmen der Zwischenanamnese seit 11. Januar 2018 gab Dr. C.____ an, dass es der Beigeladenen gut gehe und sie die Medikamente regelmässig nehme. Alkohol trinke sie keinen mehr, nur noch selten ein alkoholfreies Bier. Bewusstseinsverluste seien keine mehr aufgetreten, sie sei aber gestört durch das Zittern der Hände, welches sie beispielsweise auch bei Vorstellungsgesprächen beeinträchtigt (S. 1 f.).

Es zeige sich klinisch ein erfreulicher Verlauf, indem die Beigeladene seit über einem Jahr abstinent sei und das Levetiracetam regelmässig einnehme und es seit dem 26. Mai 2017 zu keinen weiteren Anfallsereignissen gekommen sei. Die Fahrerlaubnis für das Lenken von Motorfahrzeugen sei unter Zusammenschau des anfallsfreien Verlaufs seit mittlerweile einem Jahr und des mit der Fahrerlaubnis kompatiblen EEGs ab sofort wieder gegeben. Die Auflagen seien mit der Beigeladenen besprochen worden: Aufrechterhaltung der kompletten Äthylkarenz, regelmässige Medikamenteneinnahme und Arztkontrollen und sofortige Meldung von Anfallsereignissen. Falls sich im Verlauf der Kontrollen eine Wiederaufnahme des Alkoholkonsums ergeben sollte, wäre die Fahrerlaubnis ab sofort nicht mehr gegeben (S. 2).

E. 3.1

Im Austrittsbericht des Spitals A.____ vom 19. Dezember 2016 (Urk. 7/10/6-8) betreffend die Hospitalisation der Beigeladenen vom 14. bis 21. Dezember 2016 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 1): - Malnutrition multifaktorieller Genese - Differenzialdiagnose (DD): i.R. Depression, i.R. Leberzirrhose - Verdacht auf reaktive Depression - Leberzirrhose unklarer Ätiologie, ED - a.e. äthyltoxisch DD PBC - ANA-AK negativ, AMA-AK positiv - Sonographie vom 15.12.2015 Steatosis hepatis mit Hepatomegalie - Verdacht auf Alkoholüberkonsum - rezidivierend erhöhte CDT-Werte - Hepatopathie - erosive Proktitis im distalen Rektum, ED - partielle Kolonoskopie vom 15.12.16:

manschettenförmige erosive Proktitis im distalen Rektum, Papillenhypertrophie - GERD - Gastroskopie vom 20.12.16: erosive Refluxösophagitis Grad I, kleine Hiatushernie, mässige Antrumgastritis - akute Niereninsuffizienz RIFLE R - Kreatinin 178 µmol/l bei Eintritt (214 µmol/l am 25.11.2016) - a.e. prärenal bei Dehydratation - makrozytäre hyperchrome Anämie - a.e. äthyltoxisch - Vitamin D-Insuffizienz, neu unter Substitution - arterielle Hypertonie, ED 2006 - weitere cvRf: persistierender Nikotinabusus - beinbetonte Missensation und subjektiv proximal betonte Beinschwäche, ED 09/16 - DD funktionell i.R. Diagn. 2, i.R. Mangelernährung - MRI Wirbelsäule vom 21.10.2016: keine entzündlichen oder neoplastischen Prozesse, links rezessale Diskushernie Th8/9 mit leichter Impression der Medulla spinalis ohne Myelopathie - sensible und motorische Neurographie sowie EMG vom 19.10.2016: keine Hinweise auf Neuropathie oder akute Veränderungen - St. n. erstmaligem provoziertem epileptischem Anfall 12/2015

Die Ärzte führten aus, dass – obwohl die Beigeladene einen regelmässigen Alkoholkonsum verneine – am ehesten von einer äthylischen Genese der beginnenden Leberzirrhose auszugehen sei. Hierzu

passten die Sonomorphologie, die Labor constellation sowie die aktenanamnestisch rezidivierend erhöhten CDT-Werte. Im Vordergrund stehe sicherlich eine tiefe Depression nach einem Stellenverlust, was vor allem durch die zeitliche Komponente unterstrichen werde (Gewichtsverlust seit der Kündigung). Andere Faktoren seien der Alkoholkonsum und die Leberzirrhose. Die deutliche Einschränkung der Nierenfunktion sei aktenanamnestisch zwar vorbestehend, die Nierenretentionswerte hätten sich indes vollständig unter ausreichender Flüssigkeitssubstitution normalisiert (S. 2).

E. 3.2

Der Hausarzt der Beigeladenen, Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte am 6. November 2017 folgende Diagnosen (Urk. 7/28/25-28 S. 1): - reaktive Depression - Status nach Mangelernährung mit Hospitalisation - Leberzirrhose bei chronischem C2-Überkonsum - Beinschwäche, proximal betont - Status nach tonisch-klonischem Krampfanfall (letztmals 05/2017) - Status nach epileptischem Anfall (29.12.2015),

DD: Schlafentzug, C2-Überkonsum

Dr. B.____

berichtete vom Beginn der Kontrollen mittels CDT, wobei der Wert stets massiv erhöht gewesen sei (S. 1) und postulierte in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 30. Juni 2016 bis Ende 2017 (S. 2 f.).

E. 3.8

Am 17. April 2020 (Urk. 17/2 in Verbindung mit Urk. 34/8) äusserte sich Dr. C.____ zu seinen Einschätzungen vom 7. Oktober 2017 (vgl. Urk. 7/15/6-8) sowie 4. Juni 2018 (vgl. E. 3.3). Betreffend den erstgenannten Bericht hielt er fest, dass es sich damals - als er eine Arbeitsunfähigkeit von 0% aus neurologischer Sicht erwähnt habe (Urk. 7/15/6-8 S. 3) - um eine Verwechslung gehandelt habe. Im Rahmen des medizinischen Kontextes sei klar, dass es sich um eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit handeln müsse (Urk. 17/2 S. 1). Im Zusammenhang mit dem Bericht vom 4. Juni 2018 führte er aus, dass ihm die Befunde des MRI vom 16. Februar 2017 und der neuropsychologischen Untersuchung nicht bekannt gewesen seien. Hätten ihm diese damals vorgelegen, so hätte er sie sicherlich in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfließen lassen und aus neurologischer Sicht klar

festgehalten, dass die B eigeladene zu 100 % arbeitsunfähig sei. Im Weiteren sei ihm nicht bewusst gewesen, dass die Beigeladene regelmässig von den Psychiatrie F.____-Ärzten gesehen worden sei und sie habe ihm bei den Konsultationen jeweils versichert, keinen Tropfen Alkohol mehr angerührt zu haben. Retrospektiv müsse er deshalb feststellen, dass seine Beurteilung vom 4. Juni 2018 nicht korrekt gewesen sei. Hätte er vom weiterhin regelmässigen Alkoholkonsum gewusst, hätte er die Fahreignung als nicht gegeben erachtet und auch die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit als 0 % beurteilt (S. 2).

E. 3.9

Der Hausarzt der Beigeladenen führte am 7. November 2020 (Urk. 34/1 in Verbindung mit Urk. 34/2) aus, dass die Alkoholprobleme im Jahre 2015 begon nen hätten respektive im Januar 2015 erstmals ein erhöhter CDT-Wert gemessen worden sei. Im Dezember 2015 habe sie einen ersten epileptischen Anfall erlitten, der nachweislich nicht unter Alkoholeinfluss, aber gegebenenfalls wegen eines Alkoholentzugs entstanden sei. Die Beigeladene habe zudem bereits schon seit 2015 unter depressiver Stimmung und Schlafstörungen gelitte n und damals auch Antidepressiva erhalten (Urk. 34/1 S. 2). Aufgrund der starken Beein trächtigungen der Konzentrationsfähigkeit und der kognitiven Einbussen sei sie weder in der angestammten noch in einer anderen Tätigkeit arbeitsfähig. In der Zeit vom 20. Juni bis 25. November 2016 hätten keine Konsultationen stattgefunden. Aufgrund der Befunde vom 25. November 2016 und der Fremd anamnese des Bruders sei jedoch nachvollziehbar, dass der Zustand der Verschlechterung mit Appetit- und Gewichtsverlust, chronischen Durchfällen und sozialem Rück zug bei bekannter vorbestehender depressiver Psychosomatik schon länger habe bestehen müssen, weshalb ab 30. Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (S. 2). 4.

E. 4

Med. pract . D.____ , stellvertretende leitende Ärztin , und MSc

Szepesházy , Psychologin, Psychiatrie F.____ , stellen in ihrem Bericht vom 22. Juni 2018 (Urk. 7/24/1-6) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnose n (S. 3): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - kognitive Störung unklarer Ätiologie - MRI vom 16.02.2017: diffuse Atrophie frontal, parietal, betont erweiter ter Interhemisphärenspalt , Atrophie der c. mammillaria beidseitig , Hippocampusatrophie Grad II beidseitig - DD : neurodegenerative Erkrankung - DD: ä thyloxische Schädigung - cerebrovaskulärer Insult rechts pariet o frontal - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeits syndrom - rezidivierend erhöhte CDT-Werte (ICD-10 F10.2) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - arterielle Hypertonie - Alk o holsentzug s -Epilepsie - Leberzirrhose, ED 12/2 0 16 - a.e . äthyltoxische Schädigung primär biliäre Zirrhose - leichte

Thrombozytopenie - ANA-AK negativ, AMA-AK positiv - Sonographie vom 15.12.2016: Steatosis hepatis mit Hepatomegalis - erhebliche Energie- und Eiweissmangelernähr ung 02/ 20 17 mit/bei - Verwahrlosung - Gewichtsverlust von zirka 20 kg in einem Jahr - Verdacht auf reaktive Depression mit Wahnverhalten - b einbetonte Mi s ssensation und subjektive proximal betonte Beinschwäche ED 09/ 20 16 - i.R. der Mangelernährung, C2-Abusus, multifaktoriell - sensible und motorische Neurographie sowie EMG 19.10.16: keine Hin weise für Neuropathi e oder akute radikuläre Veränderungen - ältere Thrombose der V. femoralis

superficialis - Vitamin D-Hypovitaminose, substituiert seit 02/ 20 17

Die Psychiatrie F.____-Fachpersonen führten aus, dass die Beigeladene seit dem 19. Oktober 2017 in der Psychiatrie F.____ in ambulanter Behandlung sei und es eigentlich angedacht wäre, die Beigeladene gegenwärtig zweiwöchentlich zu sehen. Die Fähigkeit, Termine verabredungsgemäss wahrzunehmen sei bei Letzteren indes stark eingeschränkt, weshalb keine regelmässigen Termine stattfinden könnten (S. 1).

Die Arbeitsunfähigkeit werde durch den Hausarzt attestiert und liege aktuell und bis auf Weiteres bei 100 % (S. 1).

Gemäss den Angaben der Beigeladenen habe sich bereits vor dem Stellenverlust im Juni 2016 ein Burnout entwickelt und es hätten sich durch den hohen Leistungs- und Zeitdruck im Handel in den letzten Jahren ihrer Anstellung schleichend immer mehr depressive Symptome (depressive Stimmung, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentration, Schlafstörungen, stark verminderter Appetit, Krampfanfall im Dezember 2015 als Folge des Schlafentzugs) entwickelt. Der Verlust der Arbeitsstelle sei von der Beigeladenen als Auslöser für ihr aktuelles Leiden beschrieben worden, wobei das Wegbrechen dieses wichtigen Pfeilers eine psychische und soziale Dekompensation ausgelöst habe. Die Kränkung habe zu einer Verstärkung der Depression, zunehmenden Insuffizienzerleben und Schamgefühl, sozialem Rückzug, Mangelernährung bei Verwahrlosung und einem Alkoholkonsum (im Sinne einer Selbstmedikation) geführt. Im Februar 2017 sei mit dem Tod der Mutter der Beigeladenen ein weiterer wichtiger Pfeiler weggefallen, was den bereits prekären psychischen und körperlichen Zustand nochmals drastisch verschlechtert habe (S. 2).

Die Psychiatrie F.____-Fachpersonen führten weiter aus, dass die zeitliche Orientierung im Gespräch eingeschränkt, die Auffassung leicht beeinträchtigt und die Aufmerksamkeit und Konzentration stark reduziert gewesen seien. Es seien mnestiche Störungen vorhanden, wobei die Defizite auch im Behandlungsalltag beobachtbar seien und sich die Beigeladene nicht mehr an Besprochenes erinnern könne und sich Termine aufschreibe, deren Wahrnehmung ihr aber trotzdem nicht sehr oft gelinge. Im formalen Denken sei sie leicht vorbeirend, ängstlich bezüglich ihres Gesundheitszustands und im Affekt bestehe eine unsichere und deprimierte Grundstimmung

bei Insuffizienzgefühlen und starker Kränkung durch die Kündigung. Im Weiteren seien ein Interessenverlust, eine Freudlosigkeit, ein stark verminderter Antrieb, eine hohe Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, eine Tag-Nacht-Umkehr, ein stark verminderter Appetit bis zur Mangelernährung sowie ein sozialer Rückzug ersichtlich. Zudem bagatellierte die Beigeladene im Gespräch stark (S. 2).

Bei der Beigeladenen sei bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit sowie der Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, eine grosse Motivation vorhanden. Die Prognose sei indes als schlecht einzuschätzen und im gegenwärtigen Zeitpunkt sei mit den aktuellen Funktionseinschränkungen nicht mit einer baldigen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Aufgrund der ungünstigen Faktoren (lange Episodendauer, psychische und somatische Komorbidität, weibliches Geschlecht, lediger Familienstatus, mangelnde soziale Unterstützung, später Behandlungsbeginn) sei davon auszugehen, dass die Beigeladene in ihrer angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei respektive sein werde. Eine berufliche Umschulung beziehungsweise Eingliederung sei, sofern die antidepressive Behandlung und die Behandlung des Abhängigkeitssyndroms erfolgreich seien, in ferner Zukunft möglich, was

im Verlauf erneut eruiert werden müsste . Da es der Beigeladenen kaum gelinge, die vereinbarten Termine wahrzunehmen, erschwere sich die Behandlung (S. 3 f.).

Gemäss dem Mini-ICF seien die Anpassung an Regeln/Routinen, die Planung/Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellung, die Anwendung fachlicher Kompetenz, die Entscheidungs-/Urteilsfähigkeit, die Durchhaltbarkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstpflege vollständig eingeschränkt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären/internen Beziehungen und zu Spontanaktivitäten sowie die Verkehrsfähigkeit seien schwer eingeschränkt. Im Erstkontakt seien viele der Einschränkungen nicht ersichtlich, im regelmässigen Kontakt seien sie indes sehr ausgeprägt. Im Verlauf der Gespräche sei eine klare Verschlechterung der Konzentration und Auffassung zu beobachten (S. 4 f.).

Die Psychiatrie F.____-Fachpersonen wiesen schliesslich darauf hin, dass die Beigeladene alleine lebe und klare Einschränkungen bei den Aufgaben im Haushalt vorhanden seien. Im administrativen Belangen erhalte sie Unterstützung von ihrem Bruder und in der Ernährung seien starke Einschränkungen vorhanden, wobei sie sich gegenwärtig durch den vom Hausarzt installierten Mahlzeitendienst einmal täglich ernähre (S. 5).

3.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Rentenzusprache vom 23. September 2019 (Urk. 2) auf die Stellungnahme des RAD-Arzt

vom 30. Oktober 2018 (Urk. 7/ 35 / 4- 5) ,

welcher über einen Facharztstitel in Allgemeiner Medizin verfüge und

seinerseits keine eigene Untersuchung durchgeführt hat. Dieser stelle

auf den Bericht der Psychiatrie F.____-Behandler vom 21. Juni 2018 (Urk. 7/28/5-9) –

welcher inhaltlich im Wesentlichen mit dem Psychiatrie F.____-Bericht vom 22. Juni 2018 (vgl. E. 3. 4) übereinstimmt

- sowie den neuropsychologischen Bericht vom 16. August 2018 (vgl. E. 3.5)

ab und ging unter Hinweis auf das Vorliegen einer bleibenden organischen Hirnschädigung als Folge eines chronischen Alkoholabusus seit dem 19. Oktober 2016

von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus. Im Zusammenhang mit der Ausübung einer angepassten Tätigkeit beschränkte er sich auf den Hinweis, dass bei völliger Abstinenz und einer Therapie der Depression – weitere Ausführungen betreffend die depressive Störung machte der RAD-Arzt nicht - möglicherweise in drei bis vier Jahren

eine entsprechende Arbeitsfähigkeit

zu erreichen sei.

E. 4.2

Im Weiteren ist die Feststellung der Beschwerdegegnerin, wonach die Beigeladene seit dem 19. Oktober 2016 in einer angepassten Tätigkeit

zu 100 % arbeitsunfähig sei, nicht nachvollziehbar. Der RAD-Arzt übernahm unbesehen die Einschätzung der Psychiatrie F.____-Behandler, welche lediglich in pauschaler Weise davon ausgingen, dass aufgrund der aktuellen Funktionseinschränkungen nicht mit einer baldigen

Arbeitsfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit zu rechnen sei (Urk. 7/28/5-9 S. 4, Urk. 7/24/1 -6 S. 4).

Es fehlt eine plausible Begründung dafür, weshalb die Beigeladene in einer leidensangepassten Tätigkeit - zumindest nicht teilzeitlich - arbeitsfähig ist.

E. 4.3

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt in wesentlichen Teilen ungeklärt, weshalb es weiterer Abklärungen bedarf. Dabei wird namentlich die Frage nach dem Gesundheitszustand und dem Leistungsvermögen der Beigeladenen bis Ende Dezember 2017 (Ende der Versicherungsunterstellung bei der Beschwerdeführerin) zu klären sein. Unklar ist insbesondere, welche die funktionellen Auswirkungen der Hirnschädigung sind und welchen Anteil die psychische Pathologie hat, unter anderem der C2-Überkonsum. Diesbezüglich fehlt

es an einer Indikatorenprüfung, welche eine Einschränkung auch in angepasster Tätigkeit plausibel erscheinen lassen würde. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Bei diesem Verfahrensausgang kann die Frage nach allfälligen Auswirkungen von psychosozialen Faktoren auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, dem Beginn des Wartejahrs und der Ermittlung des Valideneinkommens einstweilen offen gelassen werden. Gleiches gilt mit Bezug auf die Durchführung von

Eingliederungsmassnahmen, da diese erst nach rechtsgenügender Feststellung des medizinischen Sachverhalts beurteilt werden kann (vgl. Urk. 25 S. 2) . 5.

E. 5

In ihrem Bericht vom 16. August 2018 betreffend die neuropsychologische Abklärung vom 19. Juli 2018 (Urk. 7/31/1-3) – welche aufgrund eines auffälligen MRI-Befunds vom 16. Februar 2017

veranlasst worden sei (vgl. auch Urk. 7/28/5

E. 5.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Rechtsprechungsgemäss haben Beigeladene, die mit ihren Anträgen durchdringen, Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (BGE 109 V 62 E. 4). Da die Aufhebung der rentenzusprechenden Verfügung samt Rückweisung an die Verwaltung nicht den Anträgen der Beigeladenen entspricht, hat sie keinen Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen

verfahren und über den Leistungsanspruch der Beigeladenen neu ver füge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. Karin Goy - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Schleiffer Marais

E. 9

S. 3) - führten lic. phil. G.____, leitende Psychologin Diagnostik und Neuropsychologie, und MSc

H.____, Neuropsychologin, Psychiatrie F.____, aus, dass im Vordergrund der neuropsychologischen Untersuchung schwere Beeinträchtigungen im verbalen und nonverbalen episodischen Gedächtnis bestünden. Qualitativ seien beim Lernen und Abrufen einer langen Wortliste mehrere Konfabulationen aufgetreten. Im Weiteren zeigten sich Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit (phasische Alertness, T2B, geteilte Aufmerksamkeit) und in Teilbereichen der Exekutivfunktionen (konzeptuelles Denken, figurale Ideenproduktion, Interferenzunterdrückung). Unauffällig seien hingegen die Sprache, die Visuokonstruktion und Teilbereiche der Exekutivfunktionen (semantische und phonematische Flüssigkeit, S. 3).

Das neuropsychologische Profil mit starken Beeinträchtigungen im verbalen und nonverbalen episodischen Gedächtnis, Konfabulationen, leichten Beeinträchtigungen in den Exekutivfunktionen und mit zeitlich unscharfer Orientierung deutet auf das Vorliegen eines Korsakow-Syndroms (ICD-10 F10.6) hin. Passend dazu sei der MRI-Befund mit einer Atrophie der c. mammillaria, einer diffusen Atrophie und Hippocampusatrophie sowie der erheblichen Energie- und Eiweissmangelernährung bei Verwahrlosung und massivem Gewichtsverlust im Februar 2017. Die Psychiatrie F.____-Fachpersonen empfahlen eine weiterführende neurologische Diagnostik/Ausschlussdiagnostik. Da die Beigeladene alleine wohne, sei zudem eine Sicherheitsprüfung der Wohnung (beispielsweise Herd) empfehlenswert. Bei fortbestehendem Alkoholkonsum sei mit einer Verschlechterung der Symptomatik und längerfristig mit einer Gefährdung der aktuellen

Wohn form

und der Mündigkeit zu rechnen, weshalb eine

Alkoholabstinentz zu empfehlen sei (S. 3).

3. 6

Der Hausarzt der Beigeladenen

äusserte sich am 10. Oktober 2018 erneut zum Gesundheitszustand der Beigeladenen, wobei er folgende Diagnosen stellte (Urk. 7/33/1-3 S. 1 Ziff. 1.2): - Status nach reaktiver Depression nach Verlust der Arbeitsstelle - schädigender C2-Überkonsum mit zurzeit kompensierter Leberzirrhose - Status nach Verwahrlosung und Mangelernährung i.R. der Depression - Status nach C2-bedingten Epilepsien

Dr. B.____ ging von einem verbesserten Gesundheitszustand aus und

bemerkte, dass es der Beigeladenen objektiv besser gehe und sich die Leberwerte durch die Abstinenz grösstenteils normalisiert hätten. Die Beigeladene berichtete aber über eine Verminderung betreffend Gedächtnis sowie gelegentlichen Wortfindstörungen (S. 1 Ziff. 1.1 und Ziff. 1.3).

In einer angepassten Tätigkeit postulierte der Hausarzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2.1). 3. 7

Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin, Dr. med. .

I.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, nannte in seiner Stellungnahme vom

30. Oktober 2018 (Urk. 7/35/4-5) folgende Diagnosen: - eine chronische Depression

- erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung mit Schwäche der Beinmuskulatur

- C2-Überkonsum - tonisch-klonische Krampfanfälle - cerebrovaskulärer Insult rechts parietofrontal

Er verwies im Weiteren auf die im Psychiatrie F.____-Bericht vom 21. Juni 2018 gestellten Diagnosen und führte aus, dass der Mini-ICF vom 14. Juni 2018 in allen Bereichen vollständige bis schwere Beeinträchtigungen mit der Notwendigkeit von Unterstützung durch Dritte zeige. Der RAD-Arzt

wiederholte sodann das im Psychiatrie F.____-Bericht vom 16. August 2018 beschriebene neuropsychologische Profil sowie die schlechte Prognose. Er führte ferner aus, dass der Alkoholabusus gemäss den Angaben des Bruders der Beigeladenen seit mindestens vier bis fünf Jahren bestehe und der Umstand, dass die Anstellung per Freistellung gekündigt worden sei, ein Hinweis dafür sein könne, dass es nicht nur ein Stellenabbau infolge Restrukturierung gewesen sei, sondern die Kündigung eventuell schon damals aufgrund des Alkoholabusus erfolgt sei.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei als Folge des chronischen Alkoholmissbrauchs eine bleibende organische Schädigung des Gehirns (Korsakow) eingetreten. Die Beigeladene sei deshalb sicherlich ab dem 19. Oktober 2016 in angestammter Tätigkeit dauernd zu 100% arbeitsunfähig. Die Prognose für eine angepasste Tätigkeit sei sehr reserviert. Möglicherweise sei in ferner Zukunft – in zirka drei bis vier Jahren – bei völliger Abstinenz und Therapie der Depression in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit zu erreichen.

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