

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00206 vom 10. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00206 du 10 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00206 del 10 giugno 2021

Erwägungen

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]). 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 145 V 215 E. 5.1, 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 54).

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. 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. 1.4

Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch ein (vgl. Art. 87 Abs. 2 IVV), so gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach haben Sozialversicherungsträger (Art. 43 Abs. 1 ATSG) und im Beschwerdefall das Sozialversicherungsgericht (Art. 61 lit. c ATSG) den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts 9C_382/2020 vom 7. Oktober 2020 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 25. März 2020 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführer in spätestens ab September 2017 eine ganze Invalidenrente auszurichten.

Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. April 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 5. Mai 2020 wurde der Beschwerdeführer in die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 8).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2020 (Urk. 2) hielt die Beschwerdeführerin fest, medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass keine schwere depressive Symptomatik bestehe und auch aus somatischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Es zeige sich zwar eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sowie eine geringe Einschränkung der Hals- und Brustwirbelsäule, die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in der Reinigung sei jedoch weitgehend angepasst. Es bestehe deshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 25. März 2020 (Urk. 1) zusammengefasst geltend,

es könne nicht bloss von einer nur vorübergehenden Anpassungsstörung ausgegangen werden. Die von der psychiatrischen Gutachterin erhobenen Befunde und Diagnosen seien klar und die vollständige Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in angestammter und in adaptierter Tätigkeit sei ausgewiesen (S. 14). Ausserdem leide sie inzwischen an grösseren Beschwerden

den im Rahmen der Lumboischialgie . Damit habe sie Anspruch auf eine ganze IV-Rente (S. 15). Ergänzend sei anzufügen, dass es sich bei der von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Reinigung Schulhaus) nicht um eine leichte Tätigkeit handle. Aufgrund ihrer Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sowie den psychiatrischen Diagnosen seien ihr derartige Tätigkeiten klar nicht mehr möglich (S. 20). 3.

Bei Vorliegen einer Diskushernie L5/S1 links wurde bei der Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2000 im Kantonsspital C.____ eine Diskektomie L5/S1 links durchgeführt, deren postoperative Verlauf sich gemäss Angaben des behandelnden Arztes komplikationslos gestaltet habe (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 22. Oktober 2000, Urk. 7/63/3). Aufgrund zunehmender lumbaler Beschwerden, die nach gluteal rechts über den lateralen Ober- und Unterschenkel bis zum Fuss hin ausstrahlen würden, erfolgte am 10. August 2010 eine lumbale und lumbo sakrale

Spondylodese . Laut Angaben der Fachärzte, habe sich der postoperative Verlauf insgesamt komplikationslos mit unproblematischer Mobilisation und physiotherapeutischer Anleitung gestaltet. Postoperativ hätten sich jedoch persistierende Lumboischialgien mit Ausstrahlung von der Lendenwirbelsäule (LWS) in den lateralen Ober- und Unterschenkel rechts gezeigt, die sich bis zum Austritt nur wenig gebessert hätten . Die Fachärzte diagnostizierten degenerative Veränderungen im Bereich der unteren LWS bei Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 (2000) sowie konsekutiver Sinterung im Bandscheibenfach mit nunmehr beidseitiger Foramen stenose L5/S1 sowie eine Osteochondrose L5/S1, Chondrose L4/5 und ein Anulus

fibrosus -Einriss in Höhe L4/5 (vgl. Austrittsbericht vom 19. August 2010, Urk. 7/9/12-14). Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum Nachkontrolltermin im November 2010. Dann könne je nach radiologischer und klinischer Symptomatik über die weitere Arbeitsfähigkeit entschieden werden. Grundsätzlich sei jedoch zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit wieder zu erwarten (Urk. 7/9/16).

Die erstmalige Leistungsabweisung (Verfügung vom 18. Oktober 2011) erfolgte - nach entsprechender Mahnung und Darlegung der Säumnisfolgen (Urk. 7/24) - aufgrund dieser unzulänglichen Aktenlage (Urk. 7/28). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 18. Mai 2017 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen folgendermassen: 4 .2

Nach einem Suizidversuch am 8. August 2016 war die Beschwerdeführerin in der D.____ zunächst vom 8. bis 16. August 2016 in stationärer und vom 25. August bis 20. Oktober 2016 in ambulanter Behandlung. Gemäss den behandelnden Ärzten war das Zustandsbild zu Beginn durch eine reduzierte Leistungsfähigkeit, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, affektive Labilität, Traurigkeit, massive Schlafstörungen sowie im Verlauf neu auftretende Suizidgedanken gekennzeichnet. Die Ärzte diagnostizierten eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Unter der medikamentösen Therapie mit Trazodon (Trittico) sei es jedoch zu einer Zustandsverbesserung gekommen. Aufgrund zeitweiser sprachlicher Probleme werde eine Weiterbehandlung durch eine italienisch sprechende Psychiater empfohlen (vgl. Abschlussbericht vom 29. Juni 2017; Urk. 7/37/6). 4.3

Seit dem 24. Oktober 2016 war die Beschwerdeführerin bei Dr. med.

E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in wöchentlicher, delegiert bei einer Psychotherapeutin stattfindender Therapie. Dr. E.____ beschrieb die Beschwerdeführerin in ihrem Bericht vom 21. Juli 2017 (Urk. 7/41) als wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Beschwerdeführerin klagt über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und wirke im Denken gehemmt, eingeengt und grüblerisch. Sie sei in der Grundstimmung sehr deprimiert, freud- und lustlos. Die Schwingungsfähigkeit sei vermindert und es sei eine massive Erschöpfung und Antriebsstörung sichtbar. Es würden immer wieder Suizidgedanken auftauchen. Anhaltspunkte für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ichstörungen gebe es jedoch keine. Dr. E.____ hielt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) - Anpassungsstörung nach Tod des Ehepartners (ICD-10: F43.2) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56) - Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen (ICD-10: Z63.4)

Aufgrund der schweren depressiven Symptome mit massiver Angst, Lebensunlust, Schlafstörungen, Appetitverlust, sozialem Rückzug und mangelnden Zukunftsperspektiven attestierte Dr. E.____ der Beschwerdeführerin keine Arbeitsfähigkeit. Ausserdem sei von einer schlechten Prognose auszugehen, da sie neben der schweren psychopathologischen Symptomatik an unterschiedlichen körperlichen Symptomen leide.

4.4

Im Auftrag der BVK wurde die Beschwerdeführerin am 18. Juli 2017 von Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Die psychiatrische Gutachterin hielt im Bericht vom 4. September 2017 (Urk. 7/67) fest, dass Denken der Beschwerdeführerin sei inhaltlich auf den Verlust des Ehemannes und die Geschehnisse am Arbeitsplatz mit Beeinträchtigungserleben eingeengt. Dieses mute überwertig an, indem es mit hoher Emotionalität beladen sei und keine Hinterfragung oder Relativierung zulasse. Gegenüber dem Arbeitgeber und der Vorgesetzten habe sich ein dysphorisch-emotional geladenes Beeinträchtigungs- und Opfererleben ausgebildet, in welchem sie nicht zu irritieren sei. Die Beschwerdeführerin habe von Angst berichtet (Angst vor dem Vorgesetzten, vor dem Alleinsein, Panikattacken) und davon, dass sie das Vertrauen verloren habe sowie misstrauisch und verunsichert sei. Ausserdem habe sie von einer Störung der Vitalität, Appetitverlust, Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Dr. F.____ beschrieb die Beschwerdeführerin im Affekt labil und deutlich zum depressiven Pol verstimmt, zuweilen verzweifelt-agitiert, stellenweise dysphorisch. Antrieb und Psychomotorik seien reduziert. Die Suizidalität lasse sich nicht abschliessend beurteilen. Die Beschwerdeführerin habe Lebensüberdross angegeben und dass sie es bedaure, dass der Suizidversuch nicht erfolgreich verlaufen sei. Konkrete Pläne und/oder Vorbereitungshandlungen habe sie jedoch verneint (S. 15).

Dr. F.____ hielt folgende psychiatrische Diagnosen fest (S. 25): - Chronische, unter der aktuellen Behandlung therapieresistente, aktuell wieder schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome im üblichen Sinne (ICD-10: F32.2), aber mit überwertig anmutendem Beeinträchtigungserleben gegenüber dem Arbeitgeber im Sinne einer krankheitswertigen sensitiven Konfliktreaktion (ICD-10: F22) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - komorbid in Anteilen eventuell

auch die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0); dieser Störung werde in der Regel kein Krankheitswert zuerkannt

Dr. F.____ konstatierte, im Rahmen der gutachterlichen Exploration seien die psychischen Beschwerden im Vordergrund gestanden. Es würde wieder ein schwerer Ausprägungsgrad der depressiven Episode vorliegen mit erheblicher Krankheitssymptomatik, trotz einiger Inkonsistenzen. Über chronische Schmerzen, bei welchen keine Therapie helfe, klagte die Beschwerdeführerin additiv. Die behandelnde Psychiaterin würde den zwischenzeitlich schwer depressiv ausgeprägten Krankheitszustand bestätigen. Seit Sistieren der Arbeit verschlechtere sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Unter der gegenwärtigen antidepressiven und psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung habe sich eine Therapieresistenz eingestellt. Der emotional-affektive Zustand werde laufend instabiler (S. 29f.). Laut Gutachterin seien ein Ausbau der Therapie und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit jedoch wichtig, weil die Arbeit auch Sinnfindung, Aktivierung, soziale Integration und Tagesstruktur darstelle, sodass eine geeignete Tätigkeit bzw. die Hinführung zu einer solchen auch eine prognostisch wichtige Ressource darstelle (S. 37). Hierbei erweise sich der Umstand, dass der vorliegende Krankheitszustand psychiatrisch noch nicht austherapiert sei, als prognostisch günstiger Faktor. Gerade depressive Störungen seien einer Behandlung zugänglich und eine Aktivierung/Beschäftigung in einem halbstationären Setting würden eine geeignete Behandlungsmethode der offensichtlichen Fixierung auf die Krankenrolle im Rahmen der Depression in Kombination mit der somatoformen Störung sowie der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen darstellen (S. 38).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit äusserte Dr. F.____, die Haupteinschränkung liege in der verminderten Durchhaltefähigkeit und Belastbarkeit sowie in den sozialen Kompetenzen mit seit der aktuellen schweren depressiven Episode erheblich eingeschränkter Fähigkeit sich an Regeln und Routinen zu halten. Weiter seien die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit sowie die Kontaktfähigkeit gegenüber Dritten deutlich eingeschränkt (S. 41). Aus diesen Gründen sei die Beschwerdeführerin - auch aufgrund der medizinischen Prognose mit nur langsam zu erwartender Stabilisierung - aus psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit für lange Zeit nicht einsetzbar und zu 100 % arbeitsunfähig (S. 42). Dr. F.____ verneinte auch eine Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und konstatierte, aufgrund der erheblichen psychiatrischen Morbidität mit somatischer Multikomorbidität bestehe auch bei einer adaptierten Tätigkeit eine schwere Behinderung. Berücksichtige man den gegenwärtig schwer depressiven Zustand mit latenter Suizidalität und laufend zunehmender Instabilität, sei bereits bei einer geringen Arbeitstätigkeit mit einer ausgeprägten Überforderungssituation und gesundheitlicher Verschlechterung zu rechnen. Zudem würde die Zeit für die medizinisch dringend indizierte Therapieoptimierung fehlen. Sie empfehle gegenwärtig auf die Anbindung an eine psychiatrische Tagesklinik mit anschließendem Belastungsaufbau zu fokussieren (S. 43).

4. 5

Gegenüber der Beschwerdegegnerin äusserte die behandelnde Psychiaterin Dr. E.____ in ihrem Verlaufsbericht vom 22. Februar 2018 (Urk. 7/55), die Grundstimmung der Beschwerdeführerin sei nicht mehr so sehr deprimiert, wie noch zu Beginn der Behandlung. Sie leide jedoch massiv an ihren körperlichen Beschwerden, die zu ausgeprägter Freud- und Lustlosigkeit führen würden. Die Schwimmgangsfähigkeit sei nach wie vor vermindert, die massive Erschöpfung habe sich jedoch gemildert und auch die Suizidgedanken seien

aktuell im Hintergrund. Trotzdem müsse aufgrund der Belastung durch multiple körperliche Beschwerden weiterhin von einer eher schlechten Prognose ausgegangen werden und eine Arbeitsfähigkeit sei weiterhin nicht gegeben.

In ihrem Bericht vom 4. März 2019 (Urk. 7/76) konstatierte Dr. E.____, die diagnostische Einschätzung habe sich im Verlauf von einer depressiven Episode hin zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickelt. Es könne nicht mehr einfach von einer Anpassungsstörung gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin würde trotz antidepressiver Medikation das Bild einer Depression mit ausgeprägten Schlafstörungen, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit bis hin zu Erlebnisformen von Bewusstseinsverminderung mit Vigilanzherabsetzung zeigen. Passiver werde ausserdem ein selbstdestruktives Verhalten im Nichtbehandeln schwerer Infekte deutlich. Das komplexe Zusammenspiel körperlicher und psychischer Beschwerden führe dazu, dass die Beschwerdeführerin in der Bewältigung ihrer täglich anstehenden Arbeit im Haushalt an die Grenzen der Belastbarkeit gerate. Ferner würden die chronischen körperlichen Beschwerden zur Chronifizierung des depressiven Zustandes beitragen. Dr. E.____ erachtete die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig und äusserte eine negative Prognose. 4.6

Aufgrund chronischer Rückenschmerzen sowie progredienter Nacken-Schulter- sowie Armschmerzen wurde die Beschwerdeführerin im November 2017 bei Dr. G.____, Chiropraktor SCG/EKU, vorstellig. Dieser äusserte in seinem Bericht vom 17. Januar 2018 (Urk. 7/65), die Anamnese sowie der Befund würden auf ein chronisch progredientes cervikoradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom bei stark fortgeschrittener Osteochondrose C6/7 hindeuten. Die Beschwerdeführerin habe gut auf die chiropraktische Behandlung reagiert, weshalb er die Beschwerdeführerin bis zur Beschwerdefreiheit chiropraktisch betreuen werde. 4.7

Zur Abklärung einer Myokardischämie bei ausgeprägtem Risikoprofil mit Nikotinabusus, genetischer Disposition, Diabetes mellitus Typ II und Übergewicht wurde die Beschwerdeführerin bei Dr. med. H.____, Facharzt FMH Kardiologie, vorstellig. Dieser hielt in seinem Arztbericht vom 31. Oktober 2018 (Urk. 7/71/7-11) fest, in der durchgeführten transthorakalen Echokardiografie zeige sich eine gute LVEF und RVEF ohne Nachweis von regionalen Wandbewegungsstörungen. Alle Herzhöhlen seien normal gross und nicht hypertrophiert. Eine diastolische Dysfunktion könne ausgeschlossen werden. Es würden lediglich beginnend leicht gradige Insuffizienzen an der Aorten- und Pulmonalklappe sowie eine Ektasie der Aorta ascendens

thorakalis bestehen. Im Rahmen der durchgeführten Laufbandergometrie habe die Beschwerdeführerin submaximal ausbelastet werden können. Der Abbruch sei bei altersentsprechend normaler körperlicher Leistungsfähigkeit wegen peripherer Erschöpfung erfolgt. Schwindel und thorakale Beschwerden seien komplett verneint worden und es würden sich auch keine signifikanten ST-Streckenveränderungen zeigen. Insofern würden sich klinisch und elektrisch zurzeit keinerlei Hinweise für eine Myokardischämie ergeben. 4.8

Wegen Verdacht auf eine Periarthropathia

humeroscapularis

tendopathica bzw. Omarthrose

erfolgte am 3. April 2019 eine rheumatologische Beurteilung durch Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin (vgl. Arztbericht vom 10. April 2019, Urk. 7/82). Dieser bestätigte einen dringenden Verdacht auf eine symptomatische AC-Gelenksarthrose im linken Schultergelenk. Zu dem bestehe ein chronisches cervikovertebrales bzw. lumbovertebrales Syndrom bei Status nach zweimaliger Diskushernienoperation bzw. Spondylodese der unteren LWS. Aufgrund der Konturvergrößerung an den Fingergelenken müsse auch von einer Fingerpolyarthrose und einer Rhizarthrose beidseits ausgegangen werden. Die Prognose sei ungewiss, da deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen würden und bei der Untersuchung auch eine Verdeutlichungstendenz nachweisbar gewesen sei. Im Zuge einer Nachkontrolle berichtete Dr. I.____, sonografisch habe an der linken Schulter eine Teilruptur der Supraspinatussehne mit wenig artikulärem Erguss sowie eine aktivierte AC-Gelenksarthrose dokumentiert werden könne. In der Folge führte er eine Infiltration durch (vgl. Stellungnahme vom 21. Mai 2019, Urk. 7/81). Am 23. April 2019 wurde die Beschwerdeführerin in der J.____ vorgestellt, wo die Schulter bei klinisch im Vordergrundstehender AC-Gelenkssymptomatik sowie subacromialer Bursitis mittels Arthro-MRI genauer abgeklärt wurde (vgl. Urk. 7/84). 4.9

Aufgrund kurzer Bewusstseinsstörungen wurde die Beschwerdeführerin bei Dr. med. K.____, Facharzt Neurologie FMH, vorgestellt. Dieser berichtete am 27. Juni 2019 (Urk. 7/83), eine sichere neurologische Ursache für die Beschwerden seien weder klinisch-neurologisch, elektroenzephalographisch noch neurovaskulär zu finden. Die minimalen atherosklerotischen Veränderungen an den extrakraniellen Gefässen seien hämodynamisch nicht signifikant und nicht weiter kontrollbedürftig. Da die Beschwerden im Rahmen von Stressbedingungen deutlich stärker hervortreten würden, sei eine psychosomatische Ursache zu vermuten, möglicherweise im Rahmen einer Depression. 4.10

RAD-Ärztin Dr. A.____ konstatierte im Rahmen der aktenbasierten Einschätzung aus somatischer Sicht, es bestehe eine AC-Gelenksarthrose der linken Schulter mit Bewegungseinschränkung für alle Bewegungen über der Horizontale. Ausserdem würden Degenerationen der HWS und LWS ohne neurologische Ausfälle bestehen. Die vom Hausarzt berichtete Gangbildstörung mit Gangunsicherheit habe von den Spezialärzten nicht beobachtet werden können. Damit könnten aus somatischer Sicht leichte bis gelegentlich mittel schwere angepasste Tätigkeiten ohne beidhändiges Arbeiten über der eigenen Schulterhöhe und ohne Tätigkeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen auf den linken Schultergürtel weiter hin zugemutet werden. Dem Arbeitgeberfragebogen zufolge sei die angestammte Tätigkeit weitgehend angepasst (vgl. Stellungnahme vom 23. September 2019, Urk. 7/94 S. 6). Im Zuge der aktenbasierten psychiatrischen Beurteilung hielt Dr. B.____

fest, die Diagnosen der depressiven Episode (ICD-10: F32) und der Anpassungsstörung (ICD-10: F43) würden sich gegenseitig ausschliessen. Da sich die Symptomatik nach verschiedenen psychosozialen Belastungen entwickelt habe (krebskranker Ehemann und dessen Tod, Todegeburt bei der Tochter und deren nachfolgende Erkrankung, Auszug des Sohnes, Arbeitsplatzkonflikte), sei am ehesten von einer Anpassungsstörung auszugehen. Aufgrund des psychopathologischen Befundes zusammen mit den Beschwerden könne auch nicht von einer schweren depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Dagegen würde auch die geringe medikamentöse Therapie mit Trittico sprechen. Aus psychiatrischer Sicht sei kein dauerhafter Gesundheitsschaden ausgewiesen (vgl. ergänzende psychiatrische Stellungnahme vom 18. Februar 2019, Urk. 7/94 S. 4). Ferner konstatierte

Dr. B.____, die behandelnde Psychiaterin habe von einer inzwischen rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, berichtet. An Symptomen habe sie einen passiven Todeswunsch, ein chronisches Früherwachen, eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Phasen verminderten Appetits mit stark schwankendem Gewicht sowie Selbstschädigung durch Nicht-Behandeln von schweren Infekten genannt. Damit seien nach ICD-10 vier Hauptsymptome ausgewiesen, ein Hauptsymptom der Depression werde hingegen nicht dokumentiert (vgl. Stellungnahme vom 23. September 2019, Urk. 7/94 S. 6). 4.11

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin den Arztbericht von med. pract. L.____, Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil.

M.____ vom 11. März 2020 (Urk. 3) zu den Akten. Diese diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, (ICD-10: F33.2) und begründeten, inhaltlich sei das Denken auf depressive Themen eingengt, wie Gefühle der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, mangelnde Zukunftsperspektiven und Todeswünsche. Die Beschwerdeführerin sei affektiv erreichbar, aber wenig moduliert. Die Stimmung sei vorwiegend traurig bis depressiv. Psychomotorisch wirke sie verlangsamt. Die körperlichen Schmerzen würden sich in ihrem Gang - vornübergebeugt und in der Bewegung verlangsamt - zeigen. Die Beschwerdeführerin zeige trotz antidepressiver Medikation das Vollbild einer Depression mit folgenden Symptomen: ausgeprägte Schlafstörungen (Einschlafprobleme und chronisches, frühes Erwachen), verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit bis hin zu Erlebnis von Bewusstseinsverminderungen mit Vigilanzherabsetzung. Passiv werde selbstdestruktives Verhalten im Nichtbehandeln schwerer Infekte deutlich. Das komplexe Zusammenspiel körperlicher und psychischer Beschwerden würde zu dem Gesamtbild einer gebrechlichen, vorgealterten Frau führen, die in der Bewältigung ihrer täglich anstehenden Arbeiten (in ihrem Haushalt) an die Grenzen der Belastbarkeit gerate. Die chronischen körperlichen Beschwerden würden zur Chronifizierung des depressiven Zustandes der Beschwerdeführerin beitragen. Aus all diesen Gründen sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig und es sei von einer negativen Prognose auszugehen. 5. 5.1

Ge mäss

ein helliger ärztlicher Einschätzung leidet die Beschwerdeführerin neben den degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren LWS und Osteochondrose L5/S1 (vgl. vorstehend E. 3) neu auch an einer symptomatischen AC Gelenkarthrose im linken Schultergelenk, welche sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vgl. E. 4.8 und 4.10 hiervor). Der vorliegenden Aktenlage sind diesbezüglich aber nur unvollständige Angaben zu entnehmen. So wurde die Beschwerdeführerin im April 2019 in der J.____ aufgrund ihrer Schulterproblematik zwar genauer untersucht (vgl. E. 4.8 in fine), ein ausführlicher Bericht über die Untersuchungsergebnisse (ausser die Beurteilung des Rheumatologen I.____) sowie die Ergebnisse der Infiltrationstherapie (vgl. E. 4.8) sind allerdings nicht in den Akten und haben auch der RAD-Ärztin nicht vorgelegen. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Ansicht der RAD-Ärztin Dr. A.____, die die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hat und nur eine unvollständige Aktenlage beurteilt und gestützt darauf sämtliche leichte bis gelegentlich mittelschwere angepasste Tätigkeiten ohne beidhändiges Arbeiten über der eigenen Schulterhöhe und ohne Tätigkeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen auf den linken Schultergürtel zumutbar

er achtete sowie die von der Beschwerdeführerin bisher ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsangestellte in einer Schule als leichte Tätigkeit einschätzte (E. 4.10), als nicht hinreichend verlässlich.

Soweit die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht geltend machte, die Herzkrankung sowie die chronische Bronchitis schränke ihre Leistungsfähigkeit deutlich ein (Urk. 1 S. 17), ist sie darauf hinzuweisen, dass sich in der vorliegenden medizinischen Aktenlage keine Anhaltspunkte für eine invalidenversicherungsrelevante Herz- oder Lungenerkrankung finden lassen. Vielmehr konnte eine Myokardischämie von den Fachärzten klinisch nicht nachgewiesen werden (vgl. E. 4.7) und Dr. med. N.____, Innere Medizin und Pneumologie FMH, äusserte explizit, dass ein IV-Regenanspruch aus den pulmonalen Befunden nicht abgeleitet werden könne (vgl. Arztbericht vom 8. März 2019, Urk. 7/85). 5.2

Divergente ärztliche Beurteilungen bestehen indes

darüber, ob die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychische Symptome, vorliegt und ihr - auch im Verlauf - ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt. RAD-Ärztin Dr. B.____ hielt dies bezüglich in ihren Stellungnahmen vom 18. Februar und 23. September 2019 fest, dass keine die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkende Diagnose vorliegt und führte aus, dass aufgrund des psychopathologischen Befundes nicht von einer schweren depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne. Es sei am ehesten von einer Anpassungsstörung auszugehen, welche am abklingen sei (E. 4.10). Wohl ergeben sich aus dem Gutachten von Dr. F.____ und insbesondere auch den diversen Berichten von Dr. E.____ wenig Angaben zu den objektiven Befunden und lassen sich die Diagnosen anhand ihrer Ausführungen nicht vollständig nachvollziehen, zumal sie wiederholt über schwierige soziale Umstände berichtet und ihre Ausführungen eine Abgrenzung zu einer psychiatrischen Diagnose missen lassen. Indes beruht die Stellungnahme der RAD-Ärztin auf keiner persönlichen Untersuchung und konnte sich auch die psychiatrische Fachärztin lediglich auf die unzulänglichen Befunde der behandelnden Psychiatrin stützen. Angesichts der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts (E. 1.2) darf aufgrund der Diagnose, vorliegend immerhin (auch) eine rezidivierende depressive Störung mit wiederholt schweren Episoden, und des Zeitablaufs nicht (mehr) ohne weiteres auf Therapierbarkeit geschlossen bzw. die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz verneint werden.

Schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden, liegen hier nicht vor. Die Prüfung der invalidenversicherungsrechtlich relevanten Beeinträchtigungen ist nicht möglich, da sich die gegebenen Arztberichte sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärztinnen nicht eingehender dazu äussern. Eine Auseinandersetzung der Beschwerdegegnerin mit den rechtsprechungsgemäss massgebenden Standardindikatoren bezüglich einer allfälligen psychischen Beeinträchtigung fand nicht statt. Es ist nicht auszu-schliessen, dass die diagnostizierte depressive Störung ohne psychische Symptome ein Ausmass erreicht hat, das invalidenversicherungsrechtlich relevant ist. Solange aber Anhaltspunkte für eine psychiatrische Erkrankung vorliegen und weitere Sachverhaltsabklärungen möglich sind, darf im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) die Folge der Beweislosigkeit für einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden

nicht greifen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis ; vgl. auch E. 1.4). Zur abschliessenden Klärung sind weitere medizinische Angaben notwendig. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere 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).

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere medizinische Abklärungen, insbesondere ein psychiatrisches Gutachten, einhole. Ferner ist je nach Ausgang der medizinischen Abklärungen nicht auszuschliessen, dass hinsichtlich der Qualifikationsfrage eine Haushaltsabklärung notwendig wird.

Gestützt auf diese Abklärungen wird sie in Berücksichtigung des gesundheitlichen Verlaufs erneut über die Sache zu entscheiden haben.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen 6.2

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

vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'200.--

(inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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, zuzu stellen.

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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst Stadler

E. 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.

E. 7

E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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