

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00412 vom 9. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00412

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00412 du 9 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00412 del 9 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965 und zuletzt tätig als kaufmännische Angestellte bei der Y.____, meldete sich erstmals für Hilfsmittel am 5.

November 2008 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine Brustamputation bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, an . Mit Schreiben vom 13. und 14. Januar 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass Kosten gutschrahe für die Perücken sowie die Brustprothesen erteilt werde (Urk. 6/6-7). Am 1. Juli 2009 (Eingangsdatum) stellte die Versicherte erneut ein Leistungsge such

mit Hinweis auf Brustkrebs (Urk. 6/10) , woraufhin

die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen tätigte und mit Verfügung vom 12. Mai 2010 einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte (Urk. 6/25).

Mit Schreiben vom 18. Oktober 2018 (Eingangsdatum) meldete sich die Ver si cherte unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung

erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 6/26). Mit Schreiben vom 25. Januar 2019 teilte die IV-Stelle mit, dass die Durchführung von Eingliederungsm assnahmen aktuell nicht möglich sei, so dass das Eingliederungsdossier geschlossen werde (Urk. 6/36). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und stellte mit Vor bescheid vom 10. Mai 2019 die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (Urk. 6/45). Die Versicherte erhob hiergegen am 6. Juni 2019 Einwand und bean tragte die Ausrichtung der «gesetzlichen» Leistungen und die « Gewährung von beruflichen Massnahmen/Integrationsmassnahmen » (Urk. 6/52). Die IV-Stelle tätigte weitere Abklärungen und holte insbesondere den Bericht von Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 6. September 2019 ein (Urk. 6/66), woraufhin die Versicherte am 27. September 2019 erneut Stellung bezog (Urk. 6/68). Mit Verfügung vom 18. Mai 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 18. Juni 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. August 2020 schloss die Beschwerde gegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 2.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.3.1

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

E. 2.3.2

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder

soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

E. 2.4

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. 2.5

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 Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 3.

Vorab ist festzuhalten, dass die letztmalige Anmeldung aufgrund einer Brustkrebserkrankung erfolgte (vgl. Feststellungsblatt vom 17. März 2010, Urk. 6/22). Aktuell steht eine psychiatrische Gesundheitseinschränkung zur Diskussion, womit eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes erstellt ist und eine umfassende Neuprüfung eines allfälligen Rentenanspruches zu erfolgen hat (vgl. E. 2.1), was auch seitens der Parteien unbestritten blieb.

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich folgendermassen: 3.1

Die Ärzte und Therapeuten des Sanatoriums

A. ___ hielten in ihrem Austrittsbericht vom 19.

November

2018 über den stationären Aufenthalt vom 17.

August bis zum 19. Oktober 2018 als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome, bei Austritt teilremittiert, fest (Urk. 6/66/10; vgl. auch Bericht des Sanatoriums

A. ___ vom 17. Oktober 2018, Urk. 6/31/5 ff.). Als Nebendiagnosen notierten sie (1) eine chronisch rezidivierende Zystitis und (2) einen Status nach Mamma-Carcinom rechts mit OP und Chemotherapie, seitdem Iskadol-Therapie.

Die Beschwerdeführerin sei am 17. August 2018 als Notfalleintritt auf die Akutstation eingetreten. Der Grund sei ein schwerer psychophysischer Erschöpfungszustand mit starken Schlafstörungen, depressiver Symptomatik und akuter Suizidalität nach vorgängigem Aufenthalt in der Klinik B. ___ gewesen.

Die Beschwerdeführerin beschreibe, sie sei eine sehr leistungsorientierte Frau und würde sich immer um andere kümmern, aber wenig um sich selber. Sie kenne dieses Muster von sich und sei deswegen auch schon in Behandlung gewesen. Sie könne es nicht gut aushalten, wenn sie keine Anerkennung am Arbeitsplatz und keine Bestätigung von ihrem Umfeld bekomme. Deswegen hätten die mehrfachen Zystitis-Erkrankungen eine starke Belastung für sie dar gestellt. Sie habe sich trotz Krankheit nicht geschont und sei arbeiten gegangen. Seit Anfang Jahr habe es zusätzlich eine Aufgabenumverteilung im Betrieb gegeben, was zu noch mehr Arbeitspensum geführt habe. Sie habe immer noch mehr Arbeit angenommen, obwohl sie bereits Ein- und Durchschlafstörungen sowie Erschöpfung und Antriebslosigkeit tags über verspürt habe. Sie habe sich dann aufgrund einer erneuten Zystitis so erschöpft gefühlt, dass sie nicht mehr zur Arbeit gehen können und sich in stationäre Behandlung in die Klinik B. ___ begeben habe. Das sei sehr schwierig gewesen, da sie nichts machen dürfen, nur gelegen sei und nicht schlafen können. Sie sei immer unruhiger geworden, habe starkes Gedankenkreisen entwickelt und Angst bekommen, dass sie nicht wieder gesund

werde. Diesbezüglich sei sie sehr hilflos und verzweifelt gewesen, so dass in dieser Situation auch suicidalen Gedanken aufgetreten seien.

Sie sei 2008 erstmals psychiatrisch

dekompensiert

bei Mamma-Carcinom, damals sei sie in ambulanter Behandlung gewesen, seit Anfang August 2018 sei sie wieder in Therapie. Es bestehe ein Status nach Anorexia nervosa in der

Kindheit. Die Mutter habe sich suizidiert und

eine Tochter sei in Therapie mit der Diagnose bipolare Störung.

In der ersten Phase der Behandlung sei es zu häufigen Krisensituationen in der Nacht mit Insuffizienzerleben und ausgeprägter Ängstlichkeit und starker Unruhe gekommen, die ein supportives und vornehmlich auf Entlastung und Ressourcenaktivierung zielendes Vorgehen erforderlich gemacht hätten. Die im Vordergrund stehende Schlafstörung sei u.a. mit einer medikamentösen Neueinstellung behandelt worden. In der akuten Phase sei

Stilnox sowie Seroquel eingesetzt worden und schliesslich sei Remeron

aufdosiert worden. Bei gutem Ansprechen von Remeron

hätten

Stilnox und Seroquel wieder abgesetzt werden können.

Nach vier Wochen Behandlungszeit sei sie

in leicht gebessertem Zustandsbild auf die Station für stressbedingte Erkrankungen übergetreten. Die stationäre Behandlung umfasse

ein integratives Behandlungsprogramm aus Einzel-

und Gruppentherapien auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis mit täglichen

Therapieeinheiten und werde durch Kunst-, Ergo-, Musik- und Bewegungstherapie sowie

achtsamkeitsbasiertes Angebot ergänzt. Die psychotherapeutischen Einzeltherapiegespräche auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage hätten zweimal wöchentlich während

mindestens 45 Minuten Behandlungsdauer stattgefunden.

Die folgende Phase der Therapie habe

auf eine Klärung der aktuellen Lebenssituation der Beschwerdeführerin gezielt. Dabei habe sich gezeigt, dass sie ein starkes Aufopferungsverhalten im privaten Umfeld sowie auch im Beruf zeige.

Sie habe zu Beginn den Wunsch formuliert, an diesem Verhalten zu arbeiten, weil es eine grosse Belastung darstelle. Nach einer biografischen Klärung seien Massnahmen bereits selbständig initiiert und angewendet worden. Sie habe sofort alternative Verhaltensweisen auf Station und auch im Alltag umsetzen können, was auf eine sehr gute

Handlungskompetenz hinweise. Im Paargespräch sei mit dem Partner zusammen dieses Schema der Hilfsbereitschaft reflektiert und die Seiten der Ressourcen und Kosten

aufgezeigt worden. Als therapierrelevante Ressourcen erwiesen sich Offenheit, Motivation und Veränderungsbereitschaft, Intelligenz und Motivation zur persönlichen

Weiterentwicklung. Im Arbeitgebergespräch habe eine Objektivierung des Arbeits-

verhaltens und der betrieblichen Rahmenbedingungen erreicht werden können. Auf

dieser Basis hätten schliesslich betriebliche und persönliche Massnahmen besprochen und

die schrittweise berufliche Wiedereingliederung geplant werden können.

Der berufliche Wiedereinstieg sei bei 20

% Arbeitsfähigkeit (80% Arbeitsunfähigkeit) im angestammten Beruf geplant am 29.

Oktober 2018. Ein entsprechendes Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei

ausgestellt worden.

Bei der Beschwerdeführerin habe initial eine schwergradige depressive Symptomatik mit Suizidalität bestanden, die durch den stationären Aufenthalt habe gebessert werden können. Die affektive Stabilität für eine ambulante Weiterbehandlung und für einen beruflichen Wiedereinstieg seien bei Austritt gegeben gewesen. Vor der Fertigstellung des Berichts habe

sie sich erneut gemeldet auf Grund einer psychophysischen Dekompensation bei Wiedereinstieg. Sie hätten eine erneute stationäre Behandlung eingeleitet. 3.2

Vom 6. bis zum 28. November 2018 befand sich die Beschwerdeführerin erneut im Sanatorium A.____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 23. November 2018 wurde festgehalten (Urk. 6/39/11 ff.; Urk. 6/66/22 ff.), dass die Beschwerdeführerin seit dem Austritt einen schweren Rückfall in eine depressive Stimmungslage, mit im Vordergrund stehender innerer Unruhe, Rastlosigkeit, Nervosität und Ängstlichkeit beschreibe. Sie habe sich im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs überfordert. Sie habe sich nicht bereit gefühlt dafür. Der Arbeitsversuch sei gescheitert. Sie sei sehr nervös gewesen und nach zwei Stunden Arbeit erschöpft und überfordert. Sie habe den Bildschirm verschwommen gesehen und sich schlecht und unfähig gefühlt. Sie habe starke Durchschlafprobleme und am Tage auch Lebensüberdruksgedanken. Vom Hausarzt habe sie

Temesta zum Schlafen erhalten.

Mit der Beschwerdeführerin sei die Situation um den gescheiterten beruflichen Wiedereinstieg reflektiert und nach Ursachen gesucht worden. Es habe sich gezeigt, dass Massnahmen, die nach dem letzten Arbeitgebergespräch eingeleitet worden seien, bei ihr einen grossen Erwartungsdruck ausgelöst hätten, sodass die Massnahmen nicht als Hilfe, sondern als Druck und Belastung erlebt worden seien. Auf Basis dieser Erkenntnis habe sie für sich entschieden, sich für den beruflichen Wiedereinstieg mehr Zeit für die Rekonvaleszenz zu geben, auch über den stationären Aufenthalt hinaus.

Zusammenfassend habe bei der Beschwerdeführerin initial eine schwergradige depressive Symptomatik mit Suizidalität bestanden, die durch den stationären Aufenthalt habe gebessert werden können. Nach erstmaligem Austritt aus dem stationären Setting sei sie mit dem beruflichen Wiedereinstieg überfordert gewesen und sei ängstlich dekomponiert. Zum Zeitpunkt des zweiten Austritts schätzten sie die Beschwerdeführerin als affektiv stabil ein für die ambulante Weiterbehandlung. Der berufliche Wiedereinstieg sei noch offen. 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht vom 18. Februar 2019 fest, dass er die Beschwerdeführerin seit August 2018 nicht mehr gesehen habe. Sie sei bei ihm in Behandlung zur Nachbehandlung eines Mamma-Carcinoms und wegen rezidivierender

Cystitiden. Sie habe ein hohes Verantwortungsbewusstsein und sei psychisch wenig belastbar. Die objektiven Befunde sowie die Arbeitsfähigkeit und die Prognose müssten vom Psychiater beurteilt werden (Urk. 6/39/7 ff.). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht vom 6. März 2019 aus (Urk. 6/42), dass die

Beschwerdeführerin seit November 2018 wöchentlich zu ihm in die Therapie komme. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (remittierend, ICD-10 F33.2). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 31. Juli 2018 vollumfänglich arbeitsunfähig.

Die Beschwerdeführerin gebe an, dass ihre Stimmung seit mehreren Monaten gedrückt sei. Es werde eine Tendenz zur Perspektivlosigkeit erkennbar. Die Zukunft und Möglichkeiten der Verbesserungen würden gar nicht oder als wenig positiv beschrieben. Weiterhin beschreibe sie eine emotionale Gleichgültigkeit. Augenscheinlich hätten früher ausgeübte Freizeitaktivitäten und Interessen heute nicht mehr den gleichen Stellenwert oder würden gänzlich vermieden. Der Antrieb werde subjektiv als deutlich vermindert beschrieben. Sie fühle sich schnell erschöpft, ausgelaugt, demotiviert und leer. Im Zuge der bestehenden Symptomatik gebe sie soziales Rückzugsverhalten an, welches zum einen als Vermeidungsstrategie zu werten sei und zum anderen als inadäquate Abgrenzungsstrategie. Eine ausgeprägte Selbstwertproblematik lasse Abwertungstendenzen und dysfunktionale Selbstbeurteilungen entstehen.

Die aktuelle Medikation sei Venlafloxin 37.5 mg, Remeron 25 mg und Quetiapin 25 mg.
3.5

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 6.

September 2019 eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.2) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte er chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte.

Es bestehe eine psychische Einschränkung, welche beim Psychiater nachgefragt werden solle. Die bisherige Tätigkeit könne nicht mehr bewältigt werden. In angepasster Tätigkeit sei ein normales Pensum möglich (Urk. 6/66).

Dr. Z.____ legte auch den Verlauf vom 23. Oktober 2018 bis zum 2. Juli 2019 bei. Daraus geht hervor, dass die Beschwerdeführerin regelmässig bei ihm aufgrund der rezidivierenden Harnwegsinfekte als auch infolge der psychischen Beschwerden in Behandlung war. Er notierte am 7. Mai 2019, dass sie psychisch stabiler sei und ohne Venlafloxin und Remeron auskomme. Sie sei aber weiterhin unter Spannung und in psychologischer Therapie. Am 31. Mai 2019 vermerkte er, dass es ohne Quetiapin nicht gegangen sei, sie hätten einen Absetzversuch gemacht, woraufhin es ihr psychisch schlechter gegangen sei (Urk. 6/66/7 ff.). 3.6

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), nahm am 14. Januar 2020 Stellung. Sie führte aus, dass aufgrund der medizinischen Unterlagen eine zu Beginn mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) nachvollziehbar sei, am ehesten ausgelöst durch mehrere Zystitis-Rezidive seit Beginn 2018. Im Verlauf sei es zu einer Zustandsverbesserung gekommen, so dass die Beschwerdeführerin seit spätestens Mai 2019 offenbar auch keine Psychopharmaka mehr benötige. Insgesamt sei aktuell kein langanhaltender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Akzentuierte Persönlichkeitszüge seien nicht arbeitsrelevant und seien in späteren Berichten auch nicht mehr aufgeführt (Urk. 6/74/4). 4.

4.1

Die Berichte über die stationären Aufenthalte im Sanatorium A.____ äussern sich lediglich zum Gesundheitszustand während der stationären Aufenthalte bzw. bei Eintritt . Prognostisch äusserten sich die Behandler nach dem zweiten Aufenthalt lediglich dahingehend, dass sie die Beschwerdeführerin als affektiv stabil für die ambulante Weiterbehandlung einschätzten und der berufliche Wiedereinstieg zum Zeitpunkt des Austritts noch offen sei (vgl. Urk. 6/39/13; E. 3.2). Hinzu kommt, dass im Austrittsbericht vom 23. November 2018 lediglich der psychopathologische Befund bei Eintritt, nicht aber bei Austritt festgehalten wurde, womit dieser nicht beurteilt werden kann (Urk. 6/39/12 , vgl. E. 3.2).

Damit lassen die Berichte der Behandler des Sanatoriums

A.____ keine abschliessende Beurteilung zu (vgl. E. 3.1, E. 3.2 sowie Urk. 6/31/5 ff.). 4.2

Dr. D.____ attestiert der Beschwerdeführerin eine seit dem 31. Juli 2018 durchgehende volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. E.

3.4) In der Anamnese schildert Dr.

D.____ den Einfluss der Überlastung der Beschwerdeführerin durch ein hohes Arbeitspensum mit Überstunden und mehreren Infektionen - allerdings geht aus diesem Bericht nicht hervor, inwieweit die psychosozialen Faktoren – insbesondere die als sehr belastend beschriebene Situation am Arbeitsplatz - das Krankheitsgeschehen mit bestimmen. Darüber hinaus ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte sowie Therapeuten 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).

Damit lässt sich der Gesundheitszustand anhand des Berichtes von Dr. D.____ nicht abschliessend beurteilen. 4.3

In Bezug auf den Bericht von Dr. C.____ ist festzuhalten, dass er auf die Beurteilung durch den Psychiater verweist. Er selbst äussert sich weder zu den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch zur Arbeitsfähigkeit selbst (vgl. E. 3.3; Urk. 6/39/7 ff.).

Dr. Z.____ konstatierte im Bericht vom 6. September 2019, dass keine somatischen Einschränkungen vorlägen, psychische Einschränkungen seien beim Psychiater anzufragen (E. 3.5; Urk. 6/66/4). Auch aus seinem Verlaufsbericht, welcher den Zeitraum vom 23. Oktober 2018 bis zum 2. Juli 2019 umfasst, gehen weder eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit noch allfällige funktionelle Einschränkungen hervor (Urk. 6/66/7 ff.).

Entsprechend lassen auch die Berichte von Dr. C.____ und Dr. Z.____ keine abschliessende Beurteilung zu. 4.4

Dr. E.____ vom RAD führte aus , dass im Verlauf eine Zustandsverbesserung vorliege, so dass auch keine Psychopharmaka mehr benötigt würden (E. 3.6) . Richtig ist, dass Dr. Z.____ am 7. Mai 2019 notierte, dass die Beschwerdeführerin psychisch stabiler sei und ohne Venlafaxin oder Remeron auskomme. Allerdings hielt er am 31. Mai 2019 fest, dass ein Absetzungsversuch des Quetiapin

erfolglos gewesen sei (E. 3.5) . Demnach bestehen Zweifel an der Einschätzung durch RAD-Ärztin Dr. E.____ , womit nicht darauf abgestellt werden kann.

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass zwar Hinweise auf psychosoziale Belastungsfaktoren - insbesondere eine belastende Arbeitssituation - vorliegen, allerdings von den Behandlern im Sanatorium A.____ und Dr. D.____ auch Befunde erhoben wurden, welche eine von der psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne vollständige psychische Störung durchaus möglich erscheinen lassen (E. 3.1-2; E. 3.4; vgl. auch E. 2.3.2) . 4.5

Zusammenfassend lässt sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. allfällige funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anhand der vorliegenden Berichte nicht abschliessend beurteilen. Die Sache ist demnach an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (E. 2.5), damit sie den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in geeigneter Form abklärt. Hernach hat die Beschwerdegegnerin neu über einen allfälligen Leistungsanspruch zu entscheiden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 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
HurstCasanova

E. 5.1

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. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

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 Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr.

1'500.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. Mai 2020 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 Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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