

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00771 vom 8. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00771

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00771 du 8 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00771 del 8 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1965 geborene X.____, Näherin mit Lehrabschlusszeugnis (Kroatien) und Mutter von drei erwachsenen Kindern, war zuletzt als Crew-Trainerin/Restaurant-Mitarbeiterin bei Y.____ in Z.____ tätig. Am 1. Juli 2018 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und zog unter anderem die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 9/11-13, Urk. 9/23, Urk. 9/29, Urk. 9/42, Urk. 9/52) bei. Am 8. November 2018 und 24. Juni 2019

informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass aufgrund ihres (subjektiven) Gesundheitszustands aktuell keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien

(Urk. 9/17, Urk. 9/36).

Der zuständige Krankentaggeldversicherer teilte der Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2019 mit, dass im Zusammenhang mit der seit dem 6. Februar 2018 mit Unterbrüchen bestehenden Arbeitsunfähigkeit die Leistungen der Taggeldversicherung bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer am 2. März

2020 ausbezahlt würden (Urk. 9/52/273; vgl. auch Urk. 9/42/204, Urk. 9/52/256).

Mit Vorbescheid vom 3. Juni 2020 (Urk. 9/57) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen letztere am 3. Juli

2020 Einwand (Urk. 9/59, Urk. 9/61) erhob. Am 1. Oktober 2020 verneinte die IV-Stelle verfügungsweise einen Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 2).

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 objektivierte(n) Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar 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. 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.

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht

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

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxis gemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die

Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 2. November 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 1. Oktober 2020 aufzuheben und es sei ihr spätestens ab März 2019 eine ganze Invalidenrente auszurichten (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2021 (Urk. 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Am 11. Februar 2021 machte die Beschwerdeführerin eine weitere Eingabe (Urk. 14). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 10. März 2021 auf eine entsprechende Stellungnahme (Urk. 17), was der Beschwerdeführerin am 11. März 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass in somatischer Hinsicht – insbesondere betreffend eine relevante Herzproblematik – keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Unter psychiatrischen Gesichtspunkten könne keine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nachvollzogen werden, da die Voraussetzungen für ein auslösendes Trauma nicht vorlägen. Die Beschwerden einer Agoraphobie mit Panikstörung hätten sich

durch entsprechende Behandlung verbessert. Die depressive Symptomatik sei bereits rückläufig, wobei durch die Anpassung der Medikation eine volle Remission möglich sei. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung ohne dauerhafte Erwerbsunfähigkeit sei nicht durch die Invalidenversicherung versichert, weshalb die Voraussetzungen für den Anspruch auf IV-Leistungen nicht erfüllt seien. Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe in ihrer Beurteilung vom 14. Mai 2019 verbunden mit der Prognose der Arbeitsfähigkeit eine Empfehlung zur medikamentösen Behandlung abgegeben, wobei die geplante medikamentöse Umstellung auf Lithium aufgrund einer vorgängig durch zu führenden kardiologischen Abklärung verzögert stattgefunden habe. Trotz der erst verzögert eingesetzten Medikation – welche gemäss dem behandelnden Psychiater gut vertragen worden sei – sei weiterhin eine Besserung der depressiven Episode zu erwarten und es stünden zudem gegebenenfalls noch weitere Behandlungsoptionen offen (S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass sie gemäss dem Bericht der Psychiatrie B.____ vom 25. März 2019 im Balkankrieg Kriegstraumata direkt miterlebt habe, weshalb ein auslösendes Trauma sehr wohl vorhanden sei (S. 4 Ziff. 2).

Aufgrund der Unterlagen sei so dann erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit März 2018 dauerhaft zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig sei und Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Einzig Dr. A.____, welche im Auftrag des Krankentaggeldversicherers

ers eine psychiatrische Kurzbeurteilung abgegeben habe, gehe rein prognostisch davon aus, dass es nach Anpassung der Medikation zu einer Besserung kommen könnte, wobei sie selber ausgeführt habe, dass die Prognose aufgrund der Chronifizierung als unbestimmt zu werten sei. Die Prognose habe sich indes nicht bestätigt und es sei keine Besserung eingetreten, was durch die Berichte des behandelnden Psychiaters belegt sei (S. 12 Ziff. 9). Im Weiteren habe der Kranken taggeld versicherer bis zum 2. März 2020 (Erreichen der maximalen Leistungsdauer) Taggeldleistungen erbracht, was belege, dass die Beschwerdeführerin bis zum genannten Zeitpunkt nicht arbeits- und erwerbsfähig gewesen sei. Der gesundheitliche Zustand habe sich auch nach März 2020 nicht gebessert, was durch die Berichte des behandelnden Psychiaters bestätigt werde. Die Einschätzung der RAD-Psychiaterin betreffend fehlenden dauerhaften Gesundheitsschaden sei falsch und widerspreche den Angaben des behandelnden Psychiaters (S. 12 ff. Ziff. 10). In ihrer Eingabe vom 11. Februar 2021 (Urk. 14) präziserte die Beschwerdeführerin, dass es sich bei den Ausführungen der RAD-Ärztin vom 28. August 2020 um reine Annahmen und Prognosen handle, welche nicht begründet worden seien. Es gehe nicht an, gestützt auf medizintheoretische Spekulationen einen Rentenanspruch zu verneinen (S. 2 Ziff. 2). 3. 3.1

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren steht die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht im Vordergrund. Das Vorliegen eines relevanten Herzproblems wurde von Dr. med. C.____, Facharzt Kardiologie/

Innere Medizin FMH, am 27. August 2019 nachvollziehbar verneint (Urk. 9/43) und somatische respektive kardiale Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. 3.2 3.2.1

Dr. med. D.____, Assistenzarzt, und

lic. phil. E.____, therapeutische Leiterin, B.____, nannten in ihrem Bericht vom 25. März 2019 (Urk. 9/25/1-6) folgende Diagnosen (S. 4): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode, vor dem Hintergrund der Diagnose 2 (ICD-10 F33.2; ED erste depressive Episode im Frühling 2017) - PTBS - belastende Vergangenheit im vom Krieg betroffenen Heimatland - traumatisch erlebtes Ereignis mit massiver Gewaltandrohung bei der Arbeit im Winter 2018 (ICD-10 F43.1; ED November 2018) - schwere diastolische, leicht systolische Hypertonie - erschwert medikamentös einstellbar, Differenzialdiagnose im Rahmen von Diagnose 1 - bei positiver Familienanamnese für plötzlichen Herztod - intermittierende pektanginöse Beschwerden (ED November 2018) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Hypercholesterinämie - Schilddrüsenzyste

Die B.____-Fachpersonen attestierten für die Zeit der tagesklinischen Behandlung vom 29. Oktober 2018 bis 31. Januar 2019

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.3). Aufgrund der bereits in der Vergangenheit aufgetretenen depressiven Episoden müsse von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Dabei zeige sich bezüglich der aktuell imponierenden sozialen Ängste eine deutliche Diskrepanz gegenüber früheren Episoden und dem von der Beschwerdeführerin beschriebenen Verhalten vor der Depression, was auf ein auslösendes traumatisierendes Ereignis im Winter 2018 bei der Arbeit bei Y.____ zurückzuführen sei, als ein gewaltbereiter Kunde ihr gegenüber physische Gewalt und die weitere Verfolgung angedroht habe. Seit dem Ereignis beschreibe sich die Beschwerdeführerin als vermeidend

im Sozialkontakt mit Mitmenschen bei regel mässigem Wiedererinnern an die Episode. Die beschriebene Symptomatik zeige sich auf dem Boden eines schwer ausgeprägten depressiven Syndroms, wo bei die in der Vergangenheit gestellte Diagnose einer Agoraphobie mit Panik stö rungen nicht objektiviert werden könne. Bei Erfüllen der entsprechenden Symp tomkri terien sei eine PTBS zu diagnostizieren. Auf der Funktions- und Symp tomebene hätten sich während der tagesklinischen Behandlung leichte Verbesse rung en gezeigt, wobei die Beschwerdeführerin eine sehr niederschwellige Teil nah me zu jeweils einem halben Tag in wenig exponierenden Gruppen habe aushal ten können . Sie habe über eine leichte Antriebsverbesserung berichtet, wobei sie sich alleine aus dem Haus habe begeben und den öffentlichen Verkehr benutzen können (S. 3 Ziff. 2.2).

Gestützt auf die Biographie und den Krankheitsverlauf sei aktuell von einer andauernden Chronifizierung der Symptomatik und einer schlechten Prognose bezüglich der wieder zu erlangenden Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt aus zugehen. Die Beschwerdeführer in sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit langfristig zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 2.7 , S. 5 Ziff. 4.1).

Die B.____ -Fachpersonen führten weiter aus, dass eine Optimierung der antide pressiven Medikation weiterhin zu versuchen sei, bei jedoch fraglich deutlicher Verbesserung bezüglich der Gesamtsymptomatik. Zum aktuellen Zeitpunkt sei bei insuffizienter Stabilität eher von einer traumaspezifischen psychotherapeutischen Behandlung abzusehen, wobei diese Option im weiteren Verlauf reevaluiert werden sollte (S. 4 Ziff. 2.8).

Die Fähigkeit zur Selbstp flege / -versorgung sei unter Energieaufwand leicht ein ge schränkt. Die Fähigkeit zur Planung/Strukturierung von Aufgaben sei mässig beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Pro -/

Spontanaktivität , die Widerstands-/Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungs fähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien erheb lich eingeschränkt. Die Kompetenz- und Wissensanwendung sei mittel- bis hoch gradig beeinträchtigt. Die Entscheidungs-/Urteilsfähigkeit sowie die Mobilität und Verkehrsfähigkeit sei en mittelgradig eingeschränkt (S. 5 Ziff. 3.4) .

3.2 .2

In ihrer vom Krankentaggeldversicherer veranlassten psychiatrischen Kurzbeur teilung vom 14. Mai 2019 (Urk. 9/29/1-13) stellte Dr. A.____ folgende Dia gnosen (S. 10): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa, Verdacht auf schädli chen Konsum (ICD-10 F13.1)

Die Psychiaterin führte aus, die Beschwerdeführerin weise

a ktuell nach wie vor eine genuine depressive Episode auf, wobei die Kardinalsymptome einer Depres sion (verstärkte Ermüdbarkeit, depressive Grundstimmung, Schlafstörungen) vor handen seien, weshalb weiterhin von einem depressiven Zustandsbild ausge gan gen werden könne , welches am ehesten einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche .

Das depressive Zustandsbild sei auch ängstlich konnotiert, eine genuine Angststörung liege indes nicht vor. Die Beschwerdeführerin weise keine panikartigen Gefühle auf, sie sei eher innerlich angespannt, was im Zusam menhang mit der depressiven Grunderkrankung zu stehen schein e . Sie sei in funktioneller Hinsicht nach wie vor

mehrfach eingeschränkt und es sei davon auszugehen, dass vor allem die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit mittelgradig beeinträchtigt seien. Weitere Aspekte des funktionellen Niveaus seien nicht manifest gestört. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen und könne einen relativ geregelten Alltag strukturieren, wobei sie von ihren Töchtern unterstützt werde. Hinsichtlich der Ausprägung des depressiven Zustandsbilds wirke sich ein bestehender verstärkter Benzodiazepin-Konsum (Lorazepam) offenbar erschwerend aus. So sei den n auch im Rahmen des Labors ein deutlich erhöhter Benzodiazepin-Spiegel nachweisbar gewesen. Dies scheine das Zustandsbild eher negativ zu triggern. Die Prognose sei aufgrund der Chronifizierung als unbestimmt zu werten. Grundsätzlich wäre die Beschwerdeführerin jedoch längerfristig einsetzbar, dies am ehesten im Rahmen von Reinigungs-tätigkeiten, wie sie dies selber angegeben habe (S. 11).

Es könne grundsätzlich mit einer Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Zu empfehlen sei der Einsatz eines Lithium-Präparates sowie die Ergänzung der antidepressiven Therapie morgens mit einem geeigneten Antidepressivum. Die Benzodiazepin-Medikation sollte möglichst reduziert werden. Auch diesbezüglich sei die Prognose jedoch aufgrund der fortgeschrittenen Chronifizierung und der bereits mehreren depressiven Episoden in der Anamnese als ungewiss zu werten (S. 12).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit führte Dr. A. ___ aus, dass die Beschwerdeführerin als Crew-Trainerin unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 42 Stunden pro Woche respektive eines 100 %-Pensums grundsätzlich nicht einsetzbar sei. In einer angepassten Tätigkeit, beispielsweise im Rahmen von Reinigungsarbeiten, wäre ab dem 15. Juni 2019 zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich, mit dem Ziel einer monatlichen Erhöhung um 10 bis 20 %, so dass spätestens ab dem 1. August 2019 in einer entsprechenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit möglich wäre. Die angepasste Tätigkeit sollte in Bezug auf kreative und kommunikative Fähigkeit nicht zu anspruchsvoll sein und möglichst in einer konfliktarmen Umgebung und ohne Polytasking stattfinden (S. 12 f.). 3.2 .3

Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , nannte am 25. Mai 2019 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/30 S. 4 Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), bestehend seit März 2018 - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), bestehend seit März 2018

Dr. F. ___ führte aus, bei der Beschwerdeführerin liege

eine endogene Depression vor, wobei sie mehrere depressive Episoden aufgewiesen habe und die depressiven Symptome in der Ausprägung jedes Mal stärker und länger ausgefallen seien. Sie sei bereits stationär in der Klinik G. ___ (31. Oktober 2018 bis 31. Januar 2019; ohne Besserungstendenz) und in der B. ___ -Tagesklinik (16. August bis 27. September 2018) behandelt worden

und befinde sich seit dem 23. März 2018 in seiner psychiatrischen Behandlung, wobei die Gesprächstermine aktuell wöchentlich stattfänden (S. 3 Ziff. 2.2, S. 2 Ziff. 1.1 f.).

Aufgrund des Krankheitsverlaufs und der starken psychischen Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin aktuell und mittelfristig auf dem ersten Arbeitsmarkt für jegliche Tätigkeit arbeitsunfähig, wobei eine längerfristige Prognose aktuell sehr schwierig zu

stellen sei (S. 4 Ziff. 2.7, S. 5 Ziff. 4.1 f.). Die Beschwerde führerin zeige immer noch mittelschwere bis schwere psychische Einschränkungen wie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, ein verlangsamtes Tempo, einen Energiemangel, eine rasche Ermüdung, eine reduzierte Belastbarkeit sowie eine mangelnde Ausdauer (S. 5 Ziff. 3.4).
3.2.4

Am 1. Oktober 2019 nahm Dr. A. ___ erneut Stellung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 9/52/257) und führte zuhanden des Krankentag geldversicherers aus, dass nach Durchsicht sämtlicher Unterlagen aktuell weiter hin eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewiesen sei. Es sei davon auszugehen, dass es nach Anpassung der medikamentösen Massnahmen zu einer Besserung kommen könne.

Die Psychiaterin hielt weiter fest, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Leitungsfunktion, mit kognitiv wenig anspruchsvollen Tätigkeiten und klar geregelten Arbeitszeiten sowie der Möglichkeit zur regelmässigen Pauseneinlegung ab dem 1. November 2019 zu 50 % gegeben sein sollte mit weiterer Steigerung um 10 bis 20 % monatlich. Die volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei spätestens per 1. Februar 2020 ausgewiesen. 3.2.5

Die RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Stellungnahme vom 28. April 2020 (Urk. 9/56/6-7) aus, dass die Diagnose einer PTBS nicht nachvollziehbar sei, da die ICD-10- Voraussetzungen für ein auslösendes Trauma (Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophenartiger Ausmass) nicht vorgelegen hätten. Der Diagnose könne deshalb nicht gefolgt werden und sie sei auch nachfolgend nicht mehr gestellt worden. Die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung sei nachvollziehbar, auch wenn im Verlauf eine Verbesserung beobachtet werden können. Durch entsprechende Behandlung (beispielsweise eine störungsspezifische Psychotherapie, Expositionen) sei eine mögliche (Rest-) Symptomatik gut behandelbar. Die depressive Symptomatik sei bereits rückläufig und eine erneute Vollremission sei medizintheoretisch durch die Anpassung der Medikation möglich. Abschliessend hielt Dr. H. ___ fest, dass auf die Beurteilung von Dr. A. ___ abgestützt werden könne

und aus versicherungsmedizinischer Sicht kein dauerhafter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. 3.2.6

Am 20. Juni 2020 (Urk. 9/58) wiederholte Dr. F. ___ die im Bericht vom 25. Mai 2019 (vgl. E. 3.2.3) erwähnten Diagnosen und hielt fest, dass die Medikation mit Amitriptylin (Saroten) bis 50 mg fortgeführt werde und die Reserve medikation mit Lorazepam abgesetzt werden können. Eine weitere namhafte Besserung habe noch nicht erreicht werden können (S. 1). Nach einer kardiologischen Abklärung sei die Therapie mit Lithium begonnen worden, wobei die Beschwerdeführerin die entsprechende Therapie gut vertragen habe, eine definitive Aufhellung der Depression

aber nicht erreicht werden können. Entsprechend sei eine weitere medikamentöse Optimierung diskutiert und Fluoxetin eingesetzt worden. Trotz der leidensgerechten Behandlung sei es zu keiner wesentlichen Besserung des Zustandsbildes gekommen. Die Beschwerdeführerin zeige nach wie vor psychische Einschränkungen, wie eine rasche Ermüdung, ein verlangsamtes Tempo, einen reduzierten Antrieb sowie Angstzustände mit Zittern, weshalb ihr noch keine Arbeit zumutbar sei (S. 2). 3.2.7

Am 28. August 2020 äusserte sich die RAD-Ärztin erneut zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und führte unter anderem aus, dass im Verlaufe der Behandlung von Dr. F.____ vom 20. Juni 2020 (vgl. E. 3.2.6) eine seit März 2018 bestehende schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung diagnostiziert worden seien. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode sei vom behandelnden Psychiater jedoch nicht durchgehend gestellt worden, zwischenzeitlich sei von ihm selbst (Berichte vom 10. Februar und 25. Mai 2019) und auch von Dr. A.____ (14. Mai 2019) eine mittelgradige Episode diagnostiziert worden. Dr. F.____ habe am 20. Juni 2020 sodann festgehalten, dass die medikamentöse Einstellung auf Lithium gut vertragen worden sei, seit wann genau die Einstellung erfolgt sei, sei indes nicht angegeben worden. Es sei aber erst Ende August 2019 kardiologisch abgeklärt und danach auf Lithium eingestellt worden. Da keine definitive Stimmungsaufhellung erfolgt sei, sei Fluoxetin angesetzt worden, seit wann sei eben falls nicht erwähnt worden.

Trotz der erst verzögert eingesetzten Medikation sei weiterhin eine Besserung der depressiven Episode zu erwarten. Es stünden zudem gegebenenfalls noch weitere Behandlungsoptionen offen. Bei einer ambulant nicht erfolgreich zu behandelnden depressiven Episode (oder gar Verschlechterung des Zustands unter der Therapie) wäre eine vollstationäre Behandlung zur medikamentösen Einstellung indiziert, gegebenenfalls auch zur Therapie mit nicht-medikamentösen Behandlungsoptionen (EKT, THS). Eine störungsspezifische Psychotherapie mit Expositionen sei zur Behandlung der Agoraphobie weiter indiziert.

Dr. H.____ hielt abschliessend fest, dass insgesamt weiter auf die Stellungnahme vom 28. April 2020 (vgl.

E. 3.2.5) abgestellt werden könne. 4. 4.1

Die RAD-Psychiaterin Dr. H.____, welche die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hatte, verneinte in ihrer Stellungnahme vom 28. April 2020 (vgl. E. 3.2.5) einen dauerhaften Gesundheitsschaden. Sie begründete dies damit, dass die Voraussetzungen für eine PTBS nicht erfüllt seien, bezüglich der Agoraphobie mit Panikstörung eine Verbesserung eingetreten sei respektive durch entsprechende Behandlung eine mögliche (Rest-)symptomatik gut behandelbar sei und die depressive Symptomatik rückläufig sei und eine Vollremission namentlich durch eine Anpassung der Medikation möglich sei. Die RAD-Ärztin hielt zudem fest, dass auf die Beurteilung von Dr. A.____ abgestellt werden könne.

Dr. A.____ ging am 14. Mai 2019 (vgl. E. 3.2.2) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit aus. In einer angepassten Tätigkeit postulierte sie ab dem 15. Juni 2019 eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50%. Das Ziel sei dabei, dieses Pensum monatlich um 10 bis 20% zu erhöhen, so dass in einer entsprechenden Tätigkeit spätestens ab dem 1. August 2019 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit möglich sei. Die Psychiaterin schätzte die Prognose unter Hinweis auf die fortgeschrittene Chronifizierung und die bereits mehrfach aufgetretenen depressiven Episoden als ungewiss ein. Am 1. Oktober 2019 passte sie die von ihr am 14. Mai 2019 attestierte Arbeitsfähigkeit an und statuierte in einer angepassten Tätigkeit ab dem 1. November 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 50% sowie - nach einer Steigerung von monatlich 10 bis 20% - bis spätestens zum 1. Februar 2020 eine solche von 100% (vgl. E. 3.2.4).

Die Einschätzung von Dr. A.____ , wonach in der bisherigen Tätigkeit eine vollständige und in einer angepassten Tätigkeit bis zum 14. Juni 2019 respektive 31. Oktober 2019 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit und vom 15. Juni 2019 bis zum 31. Juli 2019 beziehungsweise vom 1. November 2019 bis zum 31. Januar 2020 mindestens eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit

bestand, blieb in der RAD-Stellungnahme vom 28. April 2020 (E. 3.2.5) gänzlich unberücksichtigt . Dr. H.____

hielt zwar ausdrücklich fest, dass auf die Beurteilung von Dr. A.____ abgestellt werden könne, mit der von Letzteren in ange stammter Tätigkeit attestierten vollen und in einer angepassten Tätigkeit attestierten Arbeits un fähigkeit von 100 % respektive 50 % bis längstens bis zum 31. Oktober 2019 beziehungsweise 31. Januar 2020 setzte sich die RAD-Ärztin indes nicht aus ein ander. Dr. H.____ verneinte in pauschaler Weise einen dauerhaften Gesundheitsschaden und prüfte insbesondere nicht das Vorliegen einer – wie von Dr. A.____ postulierten - zeitlich beschränkten Arbeitsunfähigkeit.

4.2

Auch in der Stellungnahme vom 28. August 2020 (vgl. E. 3.2.7) setzte sich die RAD-Ärztin nicht mit der von Dr. A.____ am 14. Mai und 1. Oktober 2019 postulierten (Teil-) A rbeitsunfähigkeit auseinander. Dr. H.____

erwähnte zwar immerhin – dies im Gegensatz zur Stellungnahme vom 28. April 2020 (vgl. E. 3 .2.5) - , dass Dr. A.____

ab 15. Juni 2019 respektive 1. November 2019

eine

Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab 1. August 2019 beziehungsweise 1. Februar 2020 eine solche von 100 % postuliert habe , legte aber nicht dar, weshalb ungeachtet dieser Einschätzung weiterhin auf die Stellungnahme vom 28. April 2020 abgestellt werden könne und ein Gesundheitsschaden für die im vorlie gen den Beschwerdeverfahren relevante Zeitperiode zu verneinen sei.

Im Weiteren führte die RAD-Ärztin

aus , dass trotz der erst verzögert eingesetzten Medikation weiterhin eine Besserung der depressiven Episode zu erwarten sei .

Betreffend den zeitlichen Rahmen für den möglichen Eintritt einer Besserung des gesundheitlichen Zustands machte sie indes keine Angaben. Sie wies zudem darauf hin, dass der Zeitpunkt, in welchem die Einstellung auf Lithium und Fluoxetin erfolgt sei, unklar sei, was die von ihr gemachte Prognose einer Besserung zusätzlich relativiert. 4.3

Ein Rentenanspruch entsteht , wenn eine versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu min destens 40 % invalid ist (E. 1.3). Darüber hinaus kennt das Gesetz keine weiteren Anforderungen an die Dauer haftigkeit der gesundheitlichen Einschränkung. Die Behandelbarkeit eines Leidens bei grundsätzlich guter Prognose schliesst einen - allenfalls befristeten – Ren tenanspruch rechtsprechungsgemäss nicht zum Vorneherein aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2014 vom 29. August 2014 E. 3.1). Im Weiteren kann auch bei leichten und mittelschweren Depressionen eine

rentenbegründende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vorliegen, womit keine durchgehende schwere depressive Episode verlangt wird

(Urk. 9/62 S. 3; vgl. BGE 143 V 409). Indem die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung Ihrer RAD-Ärztin abstellte, trug sie diesen Gegebenheiten nicht Rechnung. 4.4

Nach dem Gesagten durfte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungsablehnung nicht auf die Einschätzung ihrer RAD-Ärztin abstützen. In den Akten finden sich so dan n keine fachärztlichen Stellungnahmen, welche ein abschliessendes Bild betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergeben würden. Bei der von Dr. A.____ statuierten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit handelte es sich – zumindest bei jener von 100 % - um eine prognostische Einschätzung, wobei die Psychiaterin unter Hinweis auf eine fortgeschrittene Chronifizierung und die

Vielzahl der bereits aufgetretenen Episoden die ungewisse Natur der Prognose herausstrich (Urk. 9/29 /1-13 S. 12) und den von ihr ursprünglich postulierten Zeitpunkt für eine Steigerung des Arbeitspensums auf 100 % zeitlich nach hinten verschieben musste (Urk. 9/52/257). Die B.____-Fachpersonen sowie insbesondere der behandelnde Psychiater Dr. F.____ gingen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus (Urk. 9/25/1-6 S. 5 Ziff. 4.1, Urk. 9/30 S. 4 Ziff. 2.7, Urk. 9/58 S. 2), wobei nachvollziehbare Angaben darüber fehlen, weshalb in einer angepassten Tätigkeit nicht zumindest ein teilzeitlicher Arbeitseinsatz möglich ist. 4.5

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 1. Oktober 2020 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht und zum erneuten Entscheid über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Hernach wird sie über die Rentenfrage neu zu entscheiden haben.

In diesem Zusammenhang ist die Beschwerdegegnerin daran zu erinnern, dass gemäss BGE 143 V 409 auch leichte bis mittelschwere Depressionen und auch Suchterkrankungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_274/2018 vom 11. Juli 2019) für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (Änderung der Rechtsprechung, vgl. E. 5.1).

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (BGE 137 V 57 E. 2.2), ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen. 5.2

Dem Verfahrensausgang entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 des

Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Es ist der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung dieser Grundsätze eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 1. Oktober 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und 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. 2'600.-- (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 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. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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