

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00190 vom 23. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00190

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00190 du 23 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00190 del 23 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1982, Mutter zweier 2006 und 2007 geborener Kinder, seit Juli 2008 als HR-Fachfrau in einem 70%-Pensum beim Y.____ in Z.____ tätig (vgl. Urk. 6/ 11 Ziff. 1, Ziff.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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). 1.

E. 1.10

Verwaltungsweisungen, wie etwa Wegleitungen oder Kreisschreiben, richten sich an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 146 V 224 E. 4.4.2, 141 V 365 E. 2.4 m.w.H.). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Verfügung vom 1. März 2022 (Urk. 2) aus, mit der Mitteilung vom 21. September 2021 sei die Beschwerdeführerin über eine medizinische Massnahme in Kenntnis gesetzt worden. Dagegen habe sie keine Einwände vorgebracht. Mit Schreiben vom 5. November 2021 sei sie von der Klinik in A. ___ informiert worden, dass die Beschwerdeführerin sich gegen eine stationäre Behandlung entschieden habe. An der Auflage des stationären Aufenthalts werde festgehalten. Es seien aus den Akten und seitens der Beschwerdeführerin keine medizinischen Gründe ersichtlich, weswegen die stationäre Behandlung nicht möglich sei (S. 2). 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 1), sie sei seit ihrer Jugend in psychiatrischer Behandlung. Aufgrund ihrer psychischen Probleme sei es immer wieder zu Krankschreibungen gekommen. Seit dem 7. Dezember 2018 liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. Eine stationäre Therapie in Deutschland habe ihre Situation noch verschlimmert. Die komplette Erschöpfung sei nicht aufgrund psychosozialer Umstände, sondern aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eingetreten (S. 1 f.). Sie sei weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Es sei ihr deshalb eine Invalidenrente auszurichten (S. 3). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht einen Entscheid aufgrund der Akten fällen durfte, und sie deswegen einen Leistungsanspruch zu Recht verneinte. 3.

E. 3

und Ziff. 5.4), meldete sich am 8. Mai 2019 unter Hinweis auf psychische Beeinträchtigungen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/ 11 Ziff. 6.1, Ziff. 10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische sowie erwerbliche Situation ab und teilte der Versicherten am 19. November 2019 mit, dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 6/31). Sodann tätigte sie weitere Abklärungen, in dem sie unter anderem ein von der Pensionskasse der Versicherten eingeholtes psychiatrisches Gutachten bezog (Urk. 6/26/9-36; Urk. 6/27), und stellte mit Vorbescheid vom 13. Februar 2020 die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/34). Dagegen erhob die Versicherte am 6. März 2020 (Urk. 6/40) und 24. Juli 2020 (Urk. 6/47)

Einwand,

woraufhin die IV-Stelle weitere medizinische Berichte einholte, darunter auch ein weiteres von der Pensionskasse der Versicherten veranlassetes Gutachten (Urk. 6/49/3-27) inklusive Nachgutachten (Urk. 6/62/2-20).

Mit Mitteilung vom 21. September 2021 (Urk. 6/66) auferlegte die IV-Stelle der Versicherten

eine Massnahme im Sinne einer stationären Behandlung der Depression über 4-6 Wochen mit leitliniengerechter medikamentöser Einstellung und anschliessender ambulanter Weiterbehandlung. Unter Aufzeigen von Säumnisfolgen forderte sie die Versicherte auf, die dem Schreiben beigelegte Bereitschaftserklärung unterzeichnet zu retournieren sowie bis zum 27. Oktober 2021 mitzuteilen, wo sie die Massnahmen bis spätestens 31. März 2022 durchführen werde. Die Bereitschaftserklärung wurde von der Versicherten am 23. Oktober 2021 unterzeichnet (Urk. 6/70). Am 4. November 2021 teilte die Klinik A.____ der IV-Stelle mit, dass die Versicherte sich gegen einen stationären Aufenthalt entschieden habe (Urk. 6/73).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/75; Urk. 6/79; Urk. 6/88) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 1. März 2022 androhungsgemäss wegen unentschuldbarer Verletzung der Mitwirkungspflicht gestützt auf die Akten ab (Urk. 6/90 = Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 1. März 2022 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 29. März 2022 Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei ihr eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2022 (Urk. 5) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 24. Mai 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin wurde vom 20. Januar bis 5. März 2019 in der Klinik B.____ (Deutschland) stationär behandelt. Mit Bericht vom 5. März 2019 (Urk. 6/24/8-15) nannten die Ärzte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F33.1 und F33.2), eine Reaktion auf schwere Belastungen (ICD-10 F43.8) und eine emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung (S. 1 oben).

Bei Aufnahme habe die Beschwerdeführerin geschildert, sich zuhause mit allem überfordert zu fühlen. Sie ziehe sich zunehmend zurück, könne kaum mehr die

Tagesstruktur aufrechterhalten und auch nur mit Mühe ihre beiden Kinder versorgen. Sie leide an Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen sowie an einem unruhigen Schlaf. Es

beständen eine morgenbetonte Antriebsminderung und Angstzustände bei Gedanken an die Arbeit (S. 1 Mitte). Am 19. Februar 2019 sei es trotz mehrfacher Kriseninterventionen zu einer zunehmenden Einengung auf Schuld- und Versagensgefühle und

Angst, wie es weitergehen soll, gekommen, so dass eine medikamentöse Therapie zur affektiven Entlastung begonnen worden sei. Im weiteren Verlauf sei die Beschwerdeführerin trotz dieser Intervention über weite Strecken psychisch instabil geblieben mit immer wieder auftretenden Suizidgedanken, die auch weiterhin regelmässige Kriseninterventionen erforderlich machten. Aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht und zunehmender gedanklicher Einengung sei die Beschwerdeführerin am 5. März 2019 ohne ihr Einverständnis zur weiteren stationären Therapie ins Zentrum C.____ verlegt worden (S. 8; vgl. auch Bericht vom 6. März 2019 über die dortige stationäre Behandlung vom 5. bis 6. März 2019, Urk. 6/24/18).

E. 3.2

Der die Beschwerdeführerin seit 1. April 2019 behandelnde Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. August 2019 (Urk. 6/24/2-7) zuhanden der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), auf dem Hintergrund einer seit längerem bestehenden Erschöpfung als Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8; Ziff. 2.5). Er erachtete die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als nicht arbeitsfähig (Ziff. 4.1), da sie kurz- bis mittelfristig Distanz zum Arbeitsplatz und Schutz vor Überforderung brauche, um sich zu regenerieren, stabilisieren und neu zu orientieren (Ziff. 2.7). In einer angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag zumutbar, jedoch nicht morgens (Ziff. 4.2). Eine Eingliederung könne gelingen, wenn eine sinnvolle Tätigkeit gefunden und die Belastung sorgfältig gesteigert werde, so dass sich die Beschwerdeführerin nicht überfordert fühle. Noch immer zeige sich eine deutliche Instabilität und eine sehr eingeschränkte Belastbarkeit (Ziff. 4.3 f.).

E. 3.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 15. Oktober 2019 ein im Auftrag der Pensionskasse der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenes Gutachten (Urk. 6/26/9-36; Urk. 6/27). Gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten und zusätzlich eingeholten Unterlagen sowie seine eigenen Untersuchungen und Befunde nannte er die folgenden Diagnosen (S. 24 Ziff. 2.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) - Erschöpfungsdepression - akzentuierte Persönlichkeit mit emotional instabilen Zügen Der Gutachter führte aus, hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, könne ausgesagt werden, dass die Beschwerdeführerin subjektiv anhaltende depressive Symptome beklage, nämlich Depressivität, Interesse- und Freudeverlust, Antriebsmangel, Verlust des Selbstwertgefühls, wiederkehrende Suizidgedanken ohne Handlungsdruck sowie Schlafstörungen. Aus der Eigen- und Fremdanamnese sei bekannt, dass die Beschwerdeführerin bereits früher an depressiven Episoden gelitten (2010, 2016) und sich deswegen auch in Behandlung begeben habe, was den rezidivierenden Charakter der depressiven Störung belege (S. 24). Neben schweren und

langdauernden psychosozialen Belastungsfaktoren könnte auch eine erhöhte, genetisch bedingte Anfälligkeit für depressive Störungen vorhanden sein, litten doch bereits die Eltern an einer Erschöpfungsdepression und auch die Grossmutter habe sich zwei Mal in einer Kur befunden (S. 25 unten). Aus psychiatrischer Sicht könne auf grund einer weitgehend unauffälligen Konsistenzprüfung ohne erhebliche Zweifel auf die subjektiven Beschwerdeklagen der Beschwerdeführerin abgestellt werden (S. 26 Mitte).

Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei gegenwärtig aus psychiatrischer Sicht noch eingeschränkt. Diese Einschätzung ergebe sich aus den erhobenen psychopathologischen Befunden, namentlich Depressivität, Antriebsmangel mit erhöhter Erschöpfbarkeit, Störung der Vitalgefühle, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Versagensängste mit Panikattacken, Insuffizienz- und Schuldgefühle sowie erhöhte Stressanfälligkeit. Dies führe zu folgenden eingeschränkten Fähigkeiten: Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit und Spontan-Aktivitäten. Daraus ergebe sich eine Limitierung der beruflichen Teilhabe als HR-Fachfrau (S. 26). Es bestehe daher aktuell für die angestammte Stelle eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese sei zum einen bedingt durch den Arbeitsplatzkonflikt mit einer Mitarbeiterin, aber vor allem auch mit dem Vorgesetzten. Hinsichtlich der Berufsfähigkeit als HR-Fachfrau könne konstatiert werden, dass die Beschwerdeführerin seit der Krankschreibung im Dezember 2018 verschiedene Therapieversuche auf sich genommen habe. Zudem sei sie durch fortgesetzte Krankschreibung vom arbeitsplatzbezogenen Konflikt, aber auch von der täglichen Arbeitslast befreit. Dennoch sei sie ohne wesentliche Unterstützung weiterhin als Mutter und Hausfrau in der Pflicht, aber auch den wiederkehrenden traumatisierenden, weil gewalttätigen Verhaltensweisen des Ex-Ehemannes sowie der ungewissen beruflichen Zukunft ausgesetzt. Alle diese psychosozialen Belastungsfaktoren erschwerten oder verhinderten gar eine bedeutsame Erholung. Aus diesem Grund sei zum jetzigen Zeitpunkt keine abschliessende Beurteilung der Berufsfähigkeit möglich (S. 27 f.). Allerdings seien die therapeutischen Optionen bisher noch nicht ausgeschöpft (S. 9 unten).

E. 3.4

Der die Beschwerdeführerin seit 5. September 2019 behandelnde Psychiater, Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2019 (Urk. 6/32) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) und eine emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 F60.30; Ziff. 2.5) und erachtete die Beschwerdeführerin in allen Tätigkeiten als vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 3.1, Ziff. 4.1). 3. 5

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 31.

Januar 2020 (Urk. 6/33/4-5) aus, mit Blick auf das Gutachten von Dr. E.____ bestehe Compliance. Die funktionellen Leistungseinschränkungen betreffen alle Lebensbereiche. Die medizinischen Unterlagen seien konsistent, das psychiatrische Gutachten sei umfassend und nachvollziehbar. Es sei von einem dauerhaften Gesundheitsschaden in angestammter Tätigkeit auszugehen. Nach Wegfall oder Reduktion der psychosozialen Belastungen könne mit einer weitgehenden Regre dienz der depressiven Symptomatik und der Erschöpfungsbeschwerden gerechnet werden und mit Wiedererlangen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (Urk. 6/33/5). 3. 6

Oberärztin H.____

und Psychologin I.____

vom

J.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. Juli 2020 (Urk. 6/46/2-4) fest, die Beschwerdeführerin stehe bei ihnen seit dem 25. März 2020 in Behandlung und erfülle zum aktuellen Zeitpunkt die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), da sich ihr Zustand verschlechtert habe (S. 1, S. 4). In der angestammten Tätigkeit verfüge die Beschwerdeführerin über keine Arbeitsfähigkeit (S. 2 oben) und sei auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Aufgrund der momentan vorherrschenden depressiven Symptomatik sowie der zusätzlichen Persönlichkeitsakzentuierung könnten sie keine Prognose stellen. Bei einer Stabilisierung, verbesserter Emotionsregulation, Stressregulation

und dem Erlernen von konstruktiveren Beziehungsverhaltensmustern in einer langfristigen Therapie sei mit einer Verbesserung der depressiven Symptomatik zu rechnen sowie mit einer gewissen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (S. 2 Mitte). Nach dem Wegfall oder Reduktion der psychosozialen Belastungssituation sei davon auszugehen, dass dadurch eine gewisse Erleichterung in der Lebensführung einträte, aber von einer absoluten Genesung dadurch sei nicht auszugehen (S. 2 unten). 3. 7

Im Verlaufsgutachten von Dr. E.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) vom 18. September 2020 (Urk. 6/49/3-27) wurde als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), ein Erschöpfungssyndrom und eine emotional instabil akzentuierte Persönlichkeit diagnostiziert (S. 18 Ziff. 2.1). Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei gegenwärtig aus psychiatrischer Sicht noch immer eingeschränkt (S. 23 Mitte), das psychophysische beziehungsweise psychopathologische Zustandsbild habe sich gegenüber dem Vorgutachten vom 15. Oktober 2019 nicht wesentlich verändert. Dies habe zur Folge, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit (richtig: Arbeitsunfähigkeit) der Beschwerdeführerin als HR-Fachfrau weiterhin bei 100 % eingeschätzt werde (S. 21 oben). Die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der depressiven Störung seien weder in Bezug auf die Dauer noch hinsichtlich der Methoden und des Settings ausgeschöpft worden. Aus diesem Grund sei aus psychiatrischer Sicht derzeit noch keine Berufsunfähigkeit nachweisbar (S. 21 unten). Mittels Optimierung der Psychopharmakotherapie und einer stationären multimodalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung könnte die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin verbessert werden (S. 23). 3. 8

Aufgrund des Umstandes, dass das Arbeitsverhältnis der Beschwerdeführerin im Mai 2021 aufgelöst worden war, gab die Pensionskasse der Beschwerdeführerin eine dritte vertrauensärztliche Untersuchung in Auftrag. Am 2. Juli 2021 erstattete Dr. E.____ sein drittes Gutachten (Urk. 6/62/2-19). Dabei erwähnte er, dass die Beschwerdeführerin

entgegen den Corona-Schutzregeln das vereinbarte Untersuchungsgespräch am 10. Juni 2021 ohne Schutzmaske bestritten habe wegen einer Tendenz zu Panikattacken, weswegen sie auch ein ärztliches Attest habe, welches sie vom Maskentragen befreie (S. 6 oben).

Gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten und seine eigenen Untersuchungsbefunde stellte er die gleichen Diagnosen wie schon zuvor (vgl. vorstehend E.

3.7) . Aus psychiatrischer Sicht bestehe in angestammter Tätigkeit nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben unter bestimmten Voraussetzungen in einem kleinen Pensum von 20 % arbeiten. Die Tätigkeit müsste intellektuell einfach sein, vorwiegend körperlich auszuführen, jedoch nicht schwer, mit geringem Kundenkontakt, in einem kleinen Team, ohne Schichtbetrieb, Wochenend- oder Nachtarbeit (S. 14 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe die wiederholt gemachte gutachterliche Empfehlung zur Optimierung der antidepressiven und schlafanstossenden Pharmakotherapie sowie einer nochmaligen stationären störungsspezifischen Therapie nicht umgesetzt. Sie wünsche eine Reduktion der antidepressiven Medikation tendenziell auf die Hälfte der vorherigen Menge pro Tag. Sie bleibe aber weniger vor depressiven Einbrüchen geschützt und sei einem höheren Risiko für eine Chronifizierung der Depression ausgesetzt (S. 14 unten). Die antidepressive Medikation könne weiterhin optimiert werden, sei es durch Dosiserhöhung, Wechsel, Augmentation der Kombination mit anderen Antidepressiva gemäss den gängigen Leitlinien zur Behandlung unipolarer Depressionen. Auf geklagte Nebenwirkungen könnte mit einem Präparatswechsel reagiert werden. Eine weitere stationäre oder teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte ebenfalls störungsspezifisch durchgeführt werden, wie er schon im Vorgutachten empfohlen habe (S. 15). 3.

E. 3.10

). In Anbetracht der Empfehlung des Gutachters Dr. E.____

auf stationäre Behandlung und Anpassung der Medikation (vgl. vorstehend E. 3.7-E. 3.8) , ist ihre Weigerung , die empfohlene Behandlung aufzunehmen, somit nicht mit ihrem Gesundheitszustand zu erklären respektive zu entschuldigen , zumal weder aus den Akten ersichtlich ist, noch vorliegend geltend gemacht wurde, dass sie sich aus medizinischen Gründen nicht hätte gegen das Covid-19-Virus impfen lassen können . Darüber hinaus wäre sie auch ungeimpft zur stationären Behandlung aufgenommen worden.

Vielmehr lassen sich aus den Stellungnahmen von Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.10) und derjenigen ihrer Ergotherapeutin (Urk. 6/87/3-4) persönliche Gründe im Sinne einer Behandlungerschwernis wegen ihres Impfstatus und der Maskentragepflicht aufgrund der damals angeordneten Covid -Schutzmassnahmen ableiten . Im Lichte der strengen Anforderungen an die Schadenminderungspflicht (vgl. vorstehend E. 1.7) vermögen aber diese teilweise selbst gewählten Umstände – namentlich ein paar Wochenenden ohne Heimgang und eine «Isolation» im Zimmer für die Mahlzeiten - die von der Beschwerdegegnerin geforderte Massnahme nicht als unverhältnismässig erscheinen lassen . Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (BGE 140 V 193 E.

3.3; 137 V 64 E.

E. 4

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E.

4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E.

4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E.

3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E.

4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.

E. 4.1

Den erwähnten medizinischen Akten ist unbestritten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin hinsichtlich ihres psychischen Gesundheitszustandes

an einer rezidivierenden depressiven Störung, an einem Erschöpfungssyndrom und an einer akzentuierten Persönlichkeit leidet. Hierüber besteht zwar Konsens, hingegen nicht hinsichtlich der sich daraus ergebenden Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Die drei Gutachten von Dr. E.____ (vgl. vorstehend E. 3.3, E. 3.7-8) erfüllen grundsätzlich die rechtlichen Anforderungen, um vollen Beweiswert zu beanspruchen (vgl. vorstehend E. 1.4). Der Gutachter hat sich mit den geklagten Leiden der Beschwerdeführerin und den Vorakten auseinandergesetzt und die eigenen Beurteilungen der gesundheitlichen Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Er wies jedoch darauf hin,

dass psychosoziale Belastungsfaktoren

eine Erholung erschweren oder gar verhindern (vgl. vorstehend E. 3.3), wobei unklar bleibt, inwieweit er diese nicht versicherten Faktoren bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausklammerte. Auch Dr. H.____ erachtete die psychosoziale Belastungssituation als den

die Genesung hindernden Faktor (vgl. vorstehend E. 3.6). Darüber hinaus wies Dr. E.____ in seinen Beurteilungen mehrfach darauf hin, dass die Beschwerdeführerin für die Verbesserung ihrer Erwerbsfähigkeit seine Empfehlung zur Optimierung der antidepressiven Pharmakotherapie und weiterer stationärer oder teilstationärer

psychiatrisch-psychotherapeutisch er Behandlung nicht umgesetzt habe , womit eine abschliessende Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht vorgenommen werden könne (vgl. vorstehend E. 3.3, E. 3.7 und E. 3.8) . Auch RAD-Ärztin Dr. G.____ erachtete nach erfolgter Umsetzung einer stationären Behandlung und leitliniengerechter medikamentöser Einstellung die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bis zirka 80 % innerhalb von spätestens sechs Monaten als erreicht (vgl. vorstehend E. 3.9) , mithin ging sie von einer aktuell sich nicht verfestigten Arbeitsunfähigkeit aus. Eine weitgehende Regredienz der depressiven Symptomatik sei nach Umsetzung der Massnahme möglich (vgl. auch vorstehend E. 3.5).

Auch die Berichte der Behandler vermögen keine abschliessende Klärung zu bringen . Entgegen den Erhebungen und Empfehlungen von Dr. E.____ gingen sie von einer durchgehend vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in allen Tätigkeiten aus . Dabei ist rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in ihrem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 1 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1) .

Ausserdem spricht auch das dem Gutachter Dr. E.____ geschilderte Alltags- und Freizeitverhalten (Reiten 3x pro Woche, Spaziergänge, Gartenarbeit, Wandern am Wochenende, Telefonieren mit einer Freundin; Urk. 6/62/7) gegen das Vorliegen funktioneller Leistungsein schränkungen in allen Lebensbereichen (vgl. vorstehend E 3.9).

E. 4.2

mit Hinweisen). Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare stationäre Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel auch nicht, dass die Beschwerdeführerin die Therapievorschläge der behandelnden Ärzte bislang umgesetzt hat (vgl. BGE 137 V 64 E.

E. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V

465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).
1.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin in Anwendung von Art.

21 Abs.

4 ATSG basierend auf einem vollständig und erfolglos durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahren zur Leistungsverweigerung berechtigt war.

E. 5.2

). Zudem haben weder die Beschwerdeführerin noch ihre Behandler zur ebenfalls nicht durchgeführten Anpassung der Medikamente Stellung genommen, was erstaunlich ist, erfolgte gemäss Dr. E.____

trotz Indikation sogar eine Reduktion der antidepressiven Medikamentendosis (Urk. 6/62/12),

welche gemäss RAD-Ärztin Dr. G.____ lediglich

wegen einer

Medikamentenabneigung der Beschwerdeführerin

erfolgte (vgl. vorstehend E. 3.9). Folglich bestehen keine Anhaltspunkte, welche gegen die von der Beschwerdegegnerin auferlegte Optimierung sprechen würden, weshalb diese Massnahme ebenfalls zumutbar gewesen wäre.

Weitere entschuldbare Gründe, weshalb der Beschwerdeführerin eine Mitwirkung nicht möglich sein sollte, sind keine ersichtlich und werden von ihr auch nicht geltend gemacht.

E. 5.3

An der im November 2021 angesetzten stationären Behandlung in der Klinik A.____ nahm die Beschwerdeführerin jedoch unbestrittenermassen nicht teil.

Die Beschwerdeführerin begründete ihre Nichtteilnahme mit den damals geltenden Covid-19-Schutzmassnahmen. Gemäss Dr. D.____ hätte sie als ungeimpfte Person an keinem Wochenende nach Hause gehen können und hätte als Nicht-Maskenträgerin ihre Mahlzeiten im Zimmer einnehmen müssen (vgl. vorstehend

E.

E. 5.4

In der Folge erliess die Beschwerdegegnerin am 9. Dezember 2021 ohne Weiterungen den Vorbescheid. Die in Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgesehenen Sanktionen (vgl. vorstehend E. 1.9) können jedoch erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (vgl. vorstehend E. 1.8) angeordnet werden. Dieses Verfahren entspricht demjenigen, welches nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen ist. Es handelt sich rechtsprechungsgemäss (BGE 122 V 219 f. in analoger Anwendung) um eine ausnahmslos zu beachtende Verfahrensregel, und es kann auch nicht davon abgewichen werden, wenn die betreffende Person zu erkennen gibt, dass sie der ihr obliegenden Pflicht jedenfalls nicht nachkommen wolle. Dabei obliegt dem Verwaltungsträger die Beweislast, wenn der Nachweis der Mahnung strittig ist (Kieser, a.a.O., Rz 104 zu Art. 43 ATSG).

Dementsprechend wird im Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH, Stand 1. Januar 2021) in Randziffer 7020 ff. auf das erforderliche Mahn- und Bedenkzeitverfahren hingewiesen und ist auch in Randziffer 5046 des Kreis schreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, Stand 1. Januar 2022) in Verbindung mit Randziffer 5006 ff. KSVI vorgesehen, dass die IV-Stelle eine Mahnung in Form einer Mitteilung ohne Rechtsmittelbelehrung erlässt, wenn die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise innerhalb der gesetzten Frist nicht nachkommt. Die Mahnung hat einen Hinweis auf das pflichtwidrige Verhalten, eine Beschreibung des zu erwartenden Verhaltens, eine angemessene Bedenkzeit, die Androhung der Rechtsfolgen bei Nichtbefolgung oder Zuwiderhandlung sowie die gesetzliche Grundlage zu enthalten. Einzig in Fällen nach Art. 7b Abs. 2 IVG können in Fällen von qualifizierter Pflichtverletzung die Leistungen ohne Mahn- und Bedenkzeit gekürzt oder verweigert werden. Eine solche liegt beispielsweise vor, wenn die versicherte Person trotz mehrfacher Ermahnung über einen längeren Zeitraum immer wieder gegen ihre Mitwirkungspflicht verstossen hat und durch ihr anhaltend unkooperatives Verhalten erkennen lässt, dass sie auch zukünftig nicht bereit sein wird, an für sie zumutbaren Massnahmen mitzuwirken (vgl. Rz 5009 KSVI). Für das Gericht besteht vorliegend kein Grund, von dieser Regelung abzuweichen (vgl. vorstehend E. 1.10).

E. 5.5

Von einer qualifizierten Pflichtverletzung gemäss Art. 7b Abs. 2 IVG kann vor liegend keine Rede sein und eine solche wird von der Beschwerdegegnerin auch nicht geltend gemacht. Der Verweis auf die in der Mitteilung vom 21. September 2021 genannten Säumnisfolgen genügt nicht, um von einem Mahn- und Bedenkzeitverfahren abzusehen. Dies muss vorliegend umso mehr gelten, als sich die Beschwerdegegnerin in Bezug auf den Nichtantritt der vorgesehenen Behandlung

in der Klinik A._____

lediglich auf die Rückmeldung der betreffenden Klinik vom 4. November 2021 stützte (Urk. 6/73) und eine Rückfrage bei der Beschwerdeführerin selber nach Lage der Akten bis zum Erlass des Vorbescheids nicht mehr erfolgte. Hinzu kommt, dass der behandelnde Facharzt im mit dem Einwand eingereichten Bericht vom 17. Dezember 2022 auf eine alternative Behandlungsmöglichkeit hinwies (Urk. 6/87/1-2 unten), welche die Beschwerdegegnerin beziehungsweise die hinzugezogene Ärztin des RAD indessen ungeprüft liess (Urk. 6/89 S. 2 unten).

Die Beschwerdegegnerin war damit nicht befugt, ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens

aufgrund einer Verletzung der Mitwirkungspflicht im Rahmen der Abklärung gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG oder der Schadenminderungspflicht gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu verneinen.

Somit ist die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach korrekt durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren

über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs.

1 bis IVG), auf Fr. 700.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Der

Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen, da ihr Arbeitsaufwand und ihre Umtriebe im vorliegenden Verfahren nicht den Rahmen dessen überschritten, was der Einzelne zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 129 V 113 E. 4 m.w.H.; vgl. auch BGE 144 V 280 E. 8.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_340/2012 vom 8. Juni 2012 E. 3.1). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird unter Hinweis auf die Erwägungen in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 1. März 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach Durchführung eines ordnungsgemässen

Mahn- und Bedenkzeitverfahrens über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. 2.

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

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

Der Beschwerdeführerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensBrühwiler

E. 8

Eine Leistungsverweigerung oder -kürzung mit der Begründung, die versicherte Person verweigere eine zumutbare Therapie, die eine wesentliche Verbesserung verspricht, setzt voraus, dass die IV-Stelle nach Art.

21 Abs.

4 ATSG vorgeht. Die versicherte Person muss schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen worden sein; ihr muss eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt worden sein. Eines strikten Beweises, die verweigerter Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht; vielmehr genügt es, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehrungen Rentenleistungen auslöst (Urteil des Bundesgerichts 9C_391/2016 vom 4.

November 2016 E.

E. 9

RAD-Ärztin Dr. G.____ erachtete in ihrer Stellungnahme vom 14. September 2021 (Urk. 6/74/ 5-7) bei bekannter Diagnose die Beschwerdeführerin seit 7. Dezember 2018 als dauerhaft arbeitsunfähig in ihrer angestammten Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil von Dr. E.____ (vgl. vorstehend E. 3. 8) sei die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2021 wieder zu 20 % arbeitsfähig. Die gegenwärtige antidepressive Behandlung sei unzureichend. Bereits bei der ersten Begutachtung (Dr. E.____ vom 16.

Oktober 2019) sei eine leitliniengerechte Anpassung der Medikation empfohlen worden. Bei der zweiten Begutachtung (Dr. E.____ vom 18. September 2020) sei bemängelt worden, dass die Optimierung der Psychopharmakotherapie nicht umgesetzt worden sei, dies entgegen der Empfehlung des Gutachters und der gängigen Leitlinien. Trotz fehlendem Ansprechen auf die Medikation sei seit Behandlungsbeginn Sertralin 100 mg gegeben und inzwischen sogar auf 50

mg reduziert worden wegen der Abneigung der Beschwerdeführerin gegen Medikamente. Zudem sei eine mehrwöchige stationäre Therapie empfohlen worden, die die Beschwerdeführerin nicht durchgeführt habe. Dies spreche gegen einen hohen Leidensdruck und sei inkonsistent zu der weiterhin bestehenden mittelgradigen Depression (Urk. 6/74/6). Da die gutachterliche Empfehlung auf Dosiserhöhung ambulant bisher nicht umgesetzt werden können und die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weitgehend erfolglos bezüglich der Besserung der mittelgradigen depressiven Episode geblieben sei, sollte die langempfohlene stationäre Behandlung der Depression erfolgen (Urk. 6/74/6 unten). Während dieser sollte die leitliniengerechte medikamentöse Einstellung umgesetzt werden. Damit diese erfolgreich sein könne, sollte die stationäre Behandlung über 4-6 Wochen durchgeführt werden. Dies sei medizinisch indiziert und zumutbar. Durch die Umsetzung der Massnahme sei in spätestens sechs Monaten eine

Remission der Depression zu erwarten und bei entsprechender Motivation nach langsamer Steigerung (über mehrere Monate) die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bis zirka 80 % (Urk. 6/74/7 oben). Darüber hinaus betreffen die funktionellen Leistungseinschränkungen nicht alle Lebensbereiche. So werde ein unauffälliger Tagesablauf als Alleinerziehende von zwei Schulkindern beschrieben. Die psychosozialen Belastungen, die die Erkrankung aufrechterhielten, hätten teilweise gebessert werden können. Es sei eine Besuchsbeistandschaft für die Besuche der Kinder beim Vater eingerichtet worden. Dies habe zu einer leichten Verbesserung in der Wahrnehmung der Beschwerdeführerin und der Behandlerin, aber nicht zu einer nennenswerten Steigerung der Leistungsfähigkeit geführt (Urk. 6/74/7 Mitte). 3.

E. 10

Der die Beschwerdeführerin behandelnde Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) nahm mit Schreiben vom 17. Dezember 2021 (Urk. 6/87/1 -2) zu den Umständen, weshalb die Beschwerdeführerin den vorgesehenen und eigentlich beschlossenen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik A.____ ab dem 1. November 2021 nicht angetreten habe, Stellung. Als die Beschwerdeführerin sich für den Aufenthalt entschieden habe, seien die Rahmenbedingungen, die sich unter der Covid-Situation deutlich veränderten, noch nicht bekannt gewesen. Insbesondere, dass die Beschwerdeführerin als ungeimpfte Person an keinem einzigen Wochenende würde nach Hause gehen können. Und es sei auch nicht bekannt gewesen, dass sie als Nicht-Maskenträgerin (mit medizinischem Attest, welches sie von der Maskenpflicht befreie) sämtliche Mahlzeiten in ihrem Zimmer hätte einnehmen müssen. Unter diesen Umständen habe die Beschwerdeführerin keine Möglichkeit mehr gesehen, dass der stationäre Aufenthalt seinen Zweck der Rehabilitation würde erfüllen können. Unter den gegebenen Umständen wäre sie weitestgehend isoliert für vier Wochen oder noch länger in ihrem Zimmer gewesen, was er als absolut unzumutbar erachte. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wäre ein Rehabilitationseffekt nicht nur nicht eingetreten, sondern er nehme sogar an, dass sich eine zusätzliche Verschlechterung ergeben hätte. In dieser Situation unterstütze er die Beschwerdeführerin, den Reha-Aufenthalt abzusagen und eine Alternative zu suchen (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin erwäge als Alternative einen stationären Aufenthalt in der Klinik K.____ auf der psychosomatischen Abteilung. Diese Idee habe er von Anfang an unterstützt, wobei auch bei dieser Option zuerst abgeklärt werden müsse, wie die Rahmenbedingungen unter Covid für eine ungeimpfte Patientin mit Maskendispens aussehen würden (S. 1 unten). 4.

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