

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00394 vom 29. September 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00394](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00394)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00394 du 29 septembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00394 del 29 settembre 2025

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1970, war zuletzt von August 2021 bis September 2022 mit einem Teilzeitpensum als Sekretärin und Buchhalterin bei der Y.\_\_\_\_ AG in Z.\_\_\_\_ angestellt ( Urk. 6/8/1-2 Ziff. 1-2.3, Urk. 6/20 S. 1 Ziff. 3-4). Am 27. Oktober 2022 meldete sie sich unter Hinweis auf eine schwere rezidivierende Depression und eine Panikstörung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 6/3/3-8 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte berufliche ( Urk. 6/2, Urk. 6/5, Urk. 6/8 ) und medizinische ( Urk. 6/9, Urk. 6/12-13, Urk. 6/15-16) Abklärungen. Am 3. November 2022 gewährte sie der Versicherten für die Zeit vom 3. November 2022 bis 3. August 2023 ein Jobcoaching für den Arbeitsplatz ( Urk. 6/6). Am 1. Juli 2023 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die Eingliederungsmassnahme abgeschlossen werde ( Urk. 6/30).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/3

### 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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporal rechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Oktober 2022 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2023 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden

soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wieder gegeben, zitiert und angewendet wird.

### 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**

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. Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid fest, nach der Einschätzung durch ihren regionalen ärztlichen Dienst (RAD) hätten die ausgewiesenen Diagnosen keine direkte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe daher kein Anspruch auf IV-Leistungen.

Die Beschwerdeführerin habe in der Folge keine neuen oder unberücksichtigten Tatsachen vorgebracht. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt (Urk. 2 S. 1). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, die Beschwerdegegnerin stütze sich auf die Beurteilung durch Dr. med. A. \_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD. Nach der Einschätzung der RAD-Ärztin sei die diagnostizierte mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung nachvollziehbar, nicht jedoch eine Panikstörung. Einzig von den Ärzten des B. \_\_\_\_, seien Existenzängste bis hin zu Panikzuständen erwähnt worden, ansonsten seien keine Panikattacken geschildert worden. Hinsichtlich einer rezidivierenden depressiven Störung halte sie sodann dafür, dass diese aufgrund von psychosozialen Belastungsfaktoren wie dem Scheidungsprozess, der Trauer nach dem Tod des Vaters, dem anstehenden Wohnungsverkauf und Umzug, dem Ablösungsprozess von den erwachsenen Töchtern und wegen finanzieller Sorgen bestünden und aufrechterhalten würden. Die Beurteilung vermöge aus medizinischer Sicht nicht zu überzeugen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 11-12).

Die familiengenetische Disposition väterlicherseits sei nicht gewürdigt worden. Dr. A. \_\_\_\_ sei daher von einem unvollständig erhobenen Sachverhalt ausgegangen (S. 6 Ziff. 13). Sie, die Beschwerdeführerin, habe sodann bereits im Jugendalter einen psychischen Gesundheitsschaden entwickelt; es sei von einem eigenständigen, invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. Obwohl einige psychosoziale Belastungen, wie die

Trennung vom Ehemann, erst später hinzugetreten seien, sei es seit 2015 nie zu einer wirklichen Remission der Beschwerde symptomatik gekommen. Demnach könne überwiegend wahr scheinlich davon ausgegangen werden, dass auch nach dem Wegfall allfälliger psychosozialer Belastungsfaktoren nicht mit einer Remission der psychischen Beschwerden gerechnet werden könne. Die Frage sei nicht zuletzt durch ein Gutachten abzuklären (S. 6 Ziff. 15). Sollte es sich um eine Reaktion auf psychosoziale Belastungsfaktoren handeln, wäre zudem nicht von einer mittelgradig ausgeprägten, rezidivierenden depressiven Störung, sondern von einer Anpassungsstörung auszugehen. Weiter sei es falsch und aktenwidrig, dass im Verlauf keine Panikattacken geschildert worden seien. Dem Verlaufsbericht des Psychiatricentrum C.\_\_\_\_

könne im Gegenteil entnommen werden, dass sie bereits im Jahr 2015 unter Panikattacken gelitten habe. Die medizinische Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ beruhe auf einem falsch erhobenen Sachverhalt, und es bestünden erhebliche Zweifel an ihrer Einschätzung (S. 7 Ziff. 16 18).

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Lic. phil. D.\_\_\_\_, Leitender Psychologe, Privatklinik E.\_\_\_\_, entspreche einem Arbeitspensum von zirka 25 bis maximal 30%. Die Prognose, wonach sie in einer kaufmännischen Tätigkeit ein Pensum von 50% erreichen könne, habe sich leider nicht bewahrheitet. Während der beruflichen Eingliederung habe eine stabile Belastbarkeit und eine verwertbare Arbeitsfähigkeit in einem höheren als dem geleisteten Pensum nicht aufgebaut werden können. Es sei somit von einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auszugehen. Sie habe daher Anspruch auf eine ganze, unbefristete Rente (S. 7 f. Ziff. 19). 2.3

Streitig ist, ob ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf die medizinischen Berichte abgestellt werden kann oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind. 3. 3.1

Die Fachleute der Privatklinik

E.\_\_\_\_ berichteten am 18. Februar 2021 (Urk. 6/13/5-9) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin in der Klinik

vom 16. Dezember 2020 bis 18. Februar 2021 (S. 1 oben). Sie gaben an, diese sei ihnen wegen einer rezidivierenden depressiven Störung (Erstdiagnose 2015) bei aktuell schwerer Episode nach der Trennung vom Ehemann zugewiesen worden. Die Beschwerdeführerin sei nach der Trennung der Eltern beim Vater aufgewachsen, der wahrscheinlich auch an einer depressiven Erkrankung leide. Sie sei darauf hin in eine Motivationskrise gefallen, habe die Schule geschwänzt und schliesslich abgebrochen. Später habe sie eine kaufmännische Ausbildung absolviert. Sie habe beim Vater gewohnt, bis sie 22-jährig zu ihrem jetzigen Ehemann gezogen sei. Im Jahr 2015 habe sie eine erste depressive Episode gehabt. Anfang 2020 habe sie erstmals Panikattacken erlebt. In der Folge habe sich ihr psychischer Zustand zunehmend verschlechtert. Aktuell sei es im Oktober 2020 zur Exazerbation

ihres Zustandes im Zusammenhang mit sozialen Stressoren gekommen. Es habe sich um die Mitteilung des Ehemannes gehandelt, die Beziehung zu beenden (S. 2). Zur Familienanamnese wurde angegeben, väterlicherseits bestünden wahrscheinlich Belastungen durch Depressionen (S. 3 oben).

Die Fachleute stellten die psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und einer Panikstörung

(episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0). Es sei auch von einer starken reaktiven Komponente im Zusammenhang mit der Trennung vom Ehemann auszugehen. Es handle sich um einen günstigen Verlauf des durch soziale Stressoren mitbedingten Rezidivs einer vorbestehenden depressiven Symptomatik. Diese sei unter der stationären Therapie mit intensiver Psychotherapie und dem Ausbau der psychopharmakologischen Behandlung weitgehend remittiert (S. 1).

### 3.2

Die Fachleute der Privatklinik E.\_\_\_\_ berichteten am 5. Februar 2022 (Urk. 6/13/1-4) über die zweite stationäre Behandlung der Patientin

vom 6. Dezember 2021 bis 27. Januar 2022. Die Zuweisung sei aufgrund einer Exazerbation der bestehenden rezidivierenden depressiven Störung erfolgt bei familiären Belastungsfaktoren (sich jährnde Trennungskrise, möglicherweise saisonal mitbedingt). Es bestünden ein Antriebsverlust, eine niedergestimmte Affektlage, Insuffizienz-, Schuld- und Selbstunwertgefühle, Lebensüberdruß sowie passive Suizidgedanken. Von handlungsrelevanter Suizidalität sei die Beschwerdeführerin glaubhaft distanziert (S. 1 oben).

Als psychopathologischer Befund für den Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik wurde angegeben, die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien reduziert. Im formalen Gedankengang sei die Beschwerdeführerin eingeengt durch aktuell sich vermehrt aufdrängende Erinnerungen an die Trennung vom Ehemann und die damit verbundenen Belastungen. Panikartige Zustandsexazerbationen seien bekannt. Ansonsten bestünden keine verhaltensrelevanten Phobien oder Zwänge und keine Sinnestäuschungen. Im Affekt sei sie deprimiert, traurig und ambivalent

(S. 2 unten).

Die Ärzte stellten die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (S. 1 oben).

Bezüglich des depressiven Zustandes habe sich in der Behandlungsevaluation eine weitgehend remittierte Patientin gezeigt. Sie sei in einem stabilen, stimmungsaufgehellten und bezüglich der Zukunft zuversichtlichem Zustand aus der Klinik entlassen worden (S. 3 unten). Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100

% bis zum 31. Januar 2022 attestiert worden (S. 4).

### 3.3

Die Ärzte des B.\_\_\_\_ gaben im Austrittsbericht vom 27. Dezember 2022 (Urk. 6/9/1-6) an, die Patientin habe sich vom 4. Oktober bis 2. Dezember 2022 in stationärer-psychiatrischer Behandlung befunden. Die Ärzte nannten als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Als Nebendiagnose nannten sie eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Patientin habe berichtet, dass sie bereits 2015 eine erste depressive Phase erlitten habe. Auch nach der Rückkehr von F.\_\_\_\_ in die Schweiz habe sie immer wieder depressive Episoden erlebt. Mit Hilfe ambulanter Therapien habe eine Klinikeinweisung zunächst verhindert werden können. Trotz der stationären Behandlungen

in der Privatklinik E.\_\_\_\_

im Dezember 2020 und im Dezember 2021 sei es nie zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik gekommen. Im Rahmen der Scheidungsmediation komme es auch aktuell immer wieder zu Verletzungen durch den Exmann, was die Beschwerdeführerin stark belastete und dazu führe, dass sie an sich selbst zweifle. Als weitere Belastungsfaktoren

würden der anstehende Verkauf der gemeinsamen Wohnung und die berufliche Situation angeben, und es bestünden massive Existenzängste, da unklar sei, wieviel Unterhalt ihr zustehe. Sie sei seit der Geburt ihrer Töchter als Mutter und Hausfrau tätig gewesen und habe erst vor einiger Zeit eine Teilzeitstelle im Treuhandbüro einer Freundin angenommen. Aktuell könne sie sich nicht vorstellen, 100 % zu arbeiten (S. 1 f.).

Die Ärzte gaben für den Eintritt in die Klinik als psychopathologischen Befund an, Zwänge oder Phobien bestünden nicht. Es lägen Ängste vor in Bezug auf die Zukunft sowie Existenzängste bis hin zu Panikzuständen. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin niedergeschlagen, hoffnungslos, ängstlich und erschöpft wirkend, und es bestünden ausgeprägte Insuffizienzgefühle. Im Antrieb sei sie deutlich reduziert bei gleichzeitiger Anspannung und innerer Unruhe, und es bestünden eine Motivations- und Interessenlosigkeit, leicht verbesserte Ein- und Durchschlafstörungen, ein ausgeprägtes Morgentief mit Verbesserung des Antriebs und der Stimmung über den Tag und wiederkehrende Suizidgedanken (S. 3 unten).

Unter medikamentöser Behandlung sei es in Verbindung mit psychotherapeutischen Massnahmen zur Besserung der depressiven Symptomatik sowie - ausserhalb von Krisensituationen - zu einer deutlichen Reduktion der inneren Unruhe, der Anspannung und des Gedankenkreisens gekommen (S. 4 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe den stationären Aufenthalt nach der Reduktion der depressiven Symptomatik bei deutlich verbessertem Allgemeinbefinden beendet. Die Konzentrationsstörungen und Insuffizienzgefühle persistierten, und die Belastbarkeit sei nach wie vor eingeschränkt (S. 6 oben). 3.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, B.\_\_\_\_, attestierte im Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 6. März 2023 (Urk. 6/18) vom 4. Oktober bis 31. Dezember 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. 3.5

Lic. phil. D.\_\_\_\_

gab im Bericht vom 13. März 2023 (Urk. 6/15)

zur medizinischen Symptomatik an, die Beschwerdeführerin habe sich nach der zweiten stationären Behandlung in der Privatklinik E.\_\_\_\_ in einer weitgehend stabilen Phase befunden, wobei sie an zwei Wochentagen im Umfang von rund 30 % kaufmännisch arbeiten und auch den Trennungsprozess vom Ehemann

in Angriff nehmen können. In der Folge sei es zu einer erneuten depressiven Zustandsverschlechterung mit einer weiteren stationären Behandlung gekommen. Nach dem Austritt aus der Klinik habe im ambulanten Verlauf ein nur teilweise remittierter depressiver Zustand bestanden (S. 3 Ziff. 2.2). Als Befunde zeigten sich eine anhaltende Antriebsverminderung mit leichtem, allerdings wieder vermehrtem Morgentief und innerer Unruhe und Anspannung. Im Affekt sei sie häufig schwankend. Die Affektlage kippe

mehrmals täglich . Affektiv leichtere Momente wechselten sich mit deprimierten, traurigen und ängstlichen Stimmungen ab (S.

3

Ziff. 2.4).

Der behandelnde Therapeut

nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), Erstdiag. im Akuten anamnestisch 2015, zuletzt schwere Episode, nur teilweise remittiert, und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0 (S. 3 f. Ziff. 2.5). Aufgrund des aktuellen Zustandes werde für eine kaufmännische Tätigkeit von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von rund 30 % ausgegangen. Die Wiederaufnahme der stundenweisen Tätigkeit sei ab Mitte März 2023 geplant (S. 5 f. Ziff. 4.1). Zur Prognose der Arbeitsfähigkeit werde davon ausgegangen, dass die Patientin im angestammten kaufmännischen Bereich einer Tätigkeit im Umfang von maximal 50 %

nach gehen könne. Die Aussichten auf eine volle berufliche Integration seien aufgrund der aktuellen depressiven Entwicklung zurückhaltend zu beurteilen .

Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch noch nicht abschliessend beurteilbar (S. 4 Ziff. 2.7). 3.6

Lic. phil .

D.\_\_\_\_

gab im nicht datierten, am 29. November 2023 ( Urk. 6/33) bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Verlaufsbericht an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär ( Ziff. 1.1). Im Rahmen des ambulanten Verlaufs und vor dem Hintergrund der bestehenden sozialen Belastungsfaktoren bestehe ein weiterhin schwankender, insgesamt wenig konsolidierter Zustand mit einer Antriebsverminderung, schwankender Affektlage und innerer Unruhe , deprimiertem und ängstlichem Affekt sowie Insuffizienz-, Schuld- und Selbstunwertgefühlen . Die Patientin bekunde weiterhin viel Mühe, ihr Funktionsniveau im häuslichen Alltag aufrechtzuerhalten, sich selbst zu strukturieren und ihre alltäglichen Verpflichtungen zu planen und zu erledigen . Insgesamt gelinge es der Patientin, ihr Funktionsniveau unter den derzeit hohen sozialen Belastungen auf tiefem Niveau stabil zu halten ( Ziff. 1.3).

Aufgrund des aktuellen Zustandes und der bestehenden sozialen Belastungen sei der Patientin im angestammten kaufmännischen Bereich eine Tätigkeit von zwei bis drei Stunden pro Tag und maximal 12 bis 15 Stunden pro Woche entsprechend einem Pensum von 30 % zumutbar. Ein solches sei ihr zuletzt aufgrund ihres Zustandes nicht durchgängig möglich gewesen. Eine schrittweise berufliche Reintegration sollte im kaufmännischen Bereich stattfinden ( Ziff. 2.1). Es werde von einer um mindestens 50 % verminderten Leistung ausgegangen ( Ziff. 2.2). Eine vollständige Remission des depressiven Zustandes und eine berufliche Reintegration mit Erlangung einer vollen Leistungsfähigkeit erscheine aufgrund des Verlaufs nicht realistisch. Die Patientin sei in den letzten 20 Jahren einerseits vollumfänglich mit der Familienarbeit beschäftigt und nicht mehr berufstätig gewesen. Andererseits sei sie durch den depressiven Zustand weiterhin stark in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt. Sinnvoll und realistisch erscheine ein sukzessiver Aufbau der beruflichen Leistungsfähigkeit im angestammten kaufmännischen Bereich, am besten in Form eines gestuften Aufbau- und Belastungsprogramms , beginnend mit einer

zeitlichen Belastung von maximal drei Stunden pro Tag . Eine abschliessende Prognose zur Arbeitsfähigkeit könne derzeit nicht gestellt werden ( Ziff. 3.3). 3.

#### **E. 5**

-43) verneinte die IV Stelle m it Verfügung vom 2 1. Mai 2024 ( Urk. 6/44 = Urk. 2) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. 2.

Die Versicherte erhob am 2 4. Jun i 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2 1. Mai 2024 ( Urk. 2) und beantragte, in Aufhebung der Verfügung seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen , und es sei ihr ab 1. April 2023 eine unbe fristete ganze Rente auszurichten. Eventuell seien weitere medizinische Abklä rungen zu tätigen und insbesondere ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Subeventuell sei die Sache für weitere medizinische Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3 Mitte).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2024 ( Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 1 1. September 2024 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 7).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 7**

.2

Die RAD-Ärztin führte in ihrer Beurteilung aus, eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung, die aufgrund von psychosozialen Belas tungen bisher nicht vollständig habe remittieren können, erweise sich als nach vollziehbar. Nicht nachvollziehbar sei dagegen eine Panikstörung nach ICD-10 F41. 0. Einzig im Bericht der Ärzte des B.\_\_\_\_ seien Existenz ängste bis hin zu Panikzuständen angegeben worden. Die Diagnose solle zudem nicht verwendet werden, wenn die Betroffenen zu Beginn von Panikattacken an einer depressiven Störung litten . Die geschilderte wechselnd ängstliche Stimmungslage sei im Rahmen der depressiven Symptomatik einzuordnen. Zwischen und nach den stationären Aufenthalten sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Beschwerdeführerin habe ihre Tätigkeit nach dem ersten Klinikaufenthalt wieder aufgenommen. Nach der zweiten und dritten stationären Behandlung sei sie weiterhin im bisherigen Arbeitspensum tätig gewesen. Der behandelnde Psychologe habe im November 2023 eine verminderte Leistungsfä higkeit angegeben. Eine solche sei laut dem Job-Coaching beziehungsweise der Rückmeldung de r Arbeitgeber in nicht zu beobachten gewesen. Bei einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode könne ein halbtägiges Arbeitspensum erwar tet werden. Als Ressourcen bestünden eine abgeschlossene Ausbildung und die Arbeitstätigkeit. Als psychosoziale Belastungen seien der Scheidungsprozess, die Trauer nach dem Tod des Vaters, der anstehende Wohnungsverkauf und Umzug und der Ablösungsprozess von den erwachsenen Töchtern sowie finanzia elle Sorgen und eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bis zur Arbeitsauf nahme im August 2021 zu nennen . Die Faktoren würden die Symptomatik aufrecht erhalten. Die depressive Symptomatik sei bereits nach der Entlassung aus der Klinik remittiert beziehungsweise teilremittiert gewesen. Aus versicherungs medizinischer Sicht sei ein dauerhafter Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen (S. 5 unten). 3.

#### **E. 8**

Dr. A.\_\_\_\_ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 29. April 2024 an, es seien keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Fakten oder Tatsachen vorgebracht worden, die eine Ergänzung zur Stellungnahme vom 30. Januar 2024 erforderten (Urk. 6/43 S. 2 unten). 3.9

Im Abschlussbericht der Fachleute des B.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2023 (Urk. 6/22) wurde zur Massnahme Job Coaching Arbeitsplatzergänzung ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe mit dem Job Coaching bereits während des stationären Aufenthaltes im B.\_\_\_\_ im November 2022 begonnen. Es habe sich um die dritte stationäre Behandlung seit Dezember 2020 gehandelt. Die Beschwerdeführerin habe sich viele Jahre in der Familien- und Hausarbeit engagiert und sei keiner regelmässigen Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen.

Seit August 2021 arbeite sie auf Stundenlohnbasis als Sachbearbeiterin in einem Treuhandbüro. Es handle sich um ein angepasstes Arbeitsangebot durch eine Bekannte. Bis zum letzten Klinikeintritt habe das maximal zu leistende Arbeitspensum 20 % betragen, wobei die Beschwerdeführerin ihrer Arbeit wiederholt krankheitsbedingt fernbleiben müssen. Eine Arbeitsunfähigkeit sei in der Vergangenheit

nicht medizinisch attestiert worden, da die Arbeitgeberin nicht auf einem entsprechenden Nachweis bestanden habe. Die Rückmeldungen in Bezug auf die Arbeitsleistung seien ausschliesslich positiv ausgefallen. Es könne allerdings nicht von einer verlässlichen Belastbarkeit oder Präsenz ausgegangen werden (S. 2 Ziff. 7 oben).

Zur Erreichung der Ziele der Massnahme wurde angegeben, die Beschwerdeführerin habe ihre Tätigkeit am angestammten Arbeitsplatz auf Stundenlohnbasis im Verlauf bei einem Pensum von maximal 20 % mit Begleitung durch das Job Coaching wieder aufgenommen. Das Anstellungsverhältnis bestehe nach wie vor. Eine stabile Belastbarkeit und eine verwertbare Arbeitsfähigkeit hätten nicht aufgebaut werden können. Die Beschwerdegegnerin könne der Beschwerdeführerin aufgrund der Anspruchsvoraussetzungen derzeit keine weiterführenden Massnahmen für den beruflichen Wiedereinstieg anbieten (S. 1 Ziff. 5 unten). 3.10

Im Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung der Beschwerdegegnerin vom 11. Juli 2023 wurde zur Beendigung der Eingliederungsmassnahme angegeben, die Beschwerdeführerin sei seit dem 3. November 2022 durch das B.\_\_\_\_ mit der Massnahme Arbeitsplatzergänzung mit Job Coaching unterstützt worden. Das Coaching sei frühzeitig per 7. Juni 2023 abgebrochen worden. Das Dossier werde aufgrund der anhaltenden, psychisch instabilen gesundheitlichen Situation und der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin, dass sie nicht mehr als 20 % arbeitsfähig sei, an die Kundenberatung der Beschwerdegegnerin weitergeleitet (Urk. 6/31 S. 1 unten). 4.4.1

Die Beschwerdeführerin war im Psychiatricentrum C.\_\_\_\_ in ambulanter Behandlung (vgl. Urk. 6/16/5-8). Vom 16. Dezember 2020 bis 18. Februar 2021 und vom 6. Dezember 2021 bis 27. Januar 2022 befand sie sich in der Privatklinik E.\_\_\_\_ und vom 4. Oktober bis 2. Dezember 2022 im B.\_\_\_\_ in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Fachleute der Privatklinik E.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 5. Februar 2022 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Die Ärzte des B.\_\_\_\_ stellten im Austrittsbericht vom 27. Dezember 2022 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische

Symptome, und einer Panik störung (E. 3.1-3.3). Lic. phil. D.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung und eine Panik störung. Er attestierte für den angestammten kaufmännischen Bereich eine Arbeits fähigkeit von maximal 50 % , wobei aktuell nur eine Arbeitsfähigkeit von 30 % möglich sei. Weiter stellte er fest, dass eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei (E. 3.5).

RAD-Ärztin Dr. A.\_\_\_\_ kam in der Stellungnahme vom 30. Januar 2024 unter Hinweis auf psychosoziale Belastungen dagegen zur Einschätzung, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht ein dauerhafter relevanter Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen sei (E. 3.7.2). 4.2

Die Annahme einer Invalidität setzt stets ein medizinisches Substrat voraus, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und die Arbeits- und Erwerbs fähigkeit nachgewiesenermassen wesentlich beeinträchtigt (Urteile des Bundes gerichts 8C\_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.1 und 8C\_544/2022 vom 3. März 2023 E. 2.4). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenver sicherung geltende enge (bio-psychische) Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsun fähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psycho soziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungs grad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). Soweit soziale Belastungen direkt negative funktio nelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausgeklammert, gilt es doch sicher zustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebens lagen zum andern nicht ineinander aufgehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Psychoso ziale Belastungsfaktoren können jedoch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integ rität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmern (Urteile des Bundesgerichts 8C\_213/2022 vom 4. August 2022 und 9C\_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen). Praxisgemäss spielt es keine Rolle, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung einen wichtigen Einfluss gehabt hatten, sofern sich inzwischen ein eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt hat (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_105/2023 vom 10. Juli 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2024 vom 31. Januar 2025 E. 6.1 mit Hinweisen).

#### 4.3

RAD-Ärztin Dr. A.\_\_\_\_ wies zu Recht darauf hin, dass psychosoziale Fakto ren (Scheidungsprozess, Trauer nach dem Tod des Vaters, Wohnungsverkauf, Umzug, Ablöseprozess von den erwachsenen Kindern, finanzielle Sorgen, lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt)

bei der Aufrechterhaltung der depressive n Symptomatik eine Rolle spielen. Dies geht auch aus den vorhandenen Arztbe richten klar hervor.

Im Bericht vom 18. Februar 2021 zur ersten stationären Behandlung der Beschwerdeführerin in der Privatklinik E.\_\_\_\_ wurde als sozialer Stressor und Auslöser der psychischen Beschwerden die Mitteilung des Ehemannes im Oktober 2020 angegeben, der sich von der Beschwerdeführerin trennen wollte, was zur Exazerbation ihres Zustandes führte. Die Fachleute der Privatklinik E.\_\_\_\_ sprachen diesbezüglich auch von einer starken reaktiven Komponente der depressiven Symptomatik im Zusammenhang mit der Trennung vom Ehemann. Im Bericht vom 5. Februar 2022 wurde als Grund für die erneute Einweisung in die Klinik im Dezember 2021 unter anderem die sich jährnde Trennung vom Ehemann der Beschwerdeführerin angegeben (E. 3.1-3.2). Nach den Berichten der Ärzte der Privatklinik E.\_\_\_\_ und des B.\_\_\_\_ sind die festgestellten psychischen Beschwerden somit wesentlich auf psychosoziale Faktoren wie die belastende Trennung vom Ehemann der Beschwerdeführerin, den Verkauf der gemeinsamen Wohnung oder finanzielle Sorgen zurückzuführen. Soziale Belastungsfaktoren gab auch lic. phil. D.\_\_\_\_ an (E. 3.6). 4.4

Jedoch bestehen ebenso gewisse Anhaltspunkte dafür, dass sich eine - krankheitswertige, das heisst von den reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungsfaktoren abgrenzbare - psychische Störung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt. Im Bericht der Privatklinik E.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2021 (Urk. 6/13/5-9) werden eine wahrscheinlich vorbestehende familiengenetische Disposition bezüglich affektiver Störungen

und seit dem Jahr 2015 bekannte depressive Episoden erwähnt.

Folgerichtig ist denn auch die Rede von einer im Oktober 2020 aufgetretenen Exazerbation des Zustandes im Zusammenhang mit sozialen Stressoren und von einer Verstärkung einer vorbestehenden depressiven Symptomatik (Urk. 6/13/5). Entsprechend äusserten sich die Fachleute der Privatklinik E.\_\_\_\_

auch im Bericht vom 5. Februar 2022 (Urk. 6/13/1-4). Zudem ist auf die mehrfach diagnostizierte Panikstörung zu verweisen. 4.5

Den medizinischen Akten sind sodann weitere Hinweise darauf zu entnehmen, dass die geschilderten Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde umfassen. So gab lic. phil. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 13. März 2023 (Urk. 6/15) - und somit mehr als zwei Jahre nach der Trennung der Beschwerdeführerin von ihrem Ehemann und der ersten stationären Behandlung - an, bezüglich des depressiven Zustands sei die Beschwerdeführerin nur teilweise remittiert. Als Befunde zeigten sich eine anhaltende Antriebsverminderung mit leichtem, allerdings wieder vermehrtem Morgentief und innerer Unruhe und Anspannung. Im Affekt sei sie häufig schwankend. Die Affektlage kippe mehrmals täglich. Affektiv leichtere Momente wechselten sich mit deprimierten, traurigen und ängstlichen Stimmungen ab. Es bestünden ausgeprägte Insuffizienz- und Wertlosigkeitsgefühle. Aufgrund der Antriebsverminderung falle es der Beschwerdeführerin schwer, konkrete Dinge im Alltag zu erledigen, zum Beispiel einen Wochenplan zu erstellen oder einen Termin mit der I.\_\_\_\_ abzumachen (S.

3 Ziff. 2.4). In seinem Bericht von Ende November 2023 (Urk. 6/33) hielt lic.

phil. D.\_\_\_\_ fest, eine vollständige Remission des depressiven Zustands und eine berufliche Reintegration erschienen aufgrund des Verlaufs nicht als realistisch (Urk. 6/33/3 Ziff. 3.3).

Inwiefern psychosoziale Belastungsfaktoren diesbezüglich weiterhin eine entscheidende Rolle spielen sollen, bleibt allerdings unklar. Bereits die Ärzte des B.\_\_\_\_

hatten im Austrittsbericht vom 27. Dezember 2022 (Urk. 6/9/1-6) festgehalten, dass die Konzentrationsstörungen und Insuffizienzgefühle persistierten, und die Belastbarkeit nach wie vor eingeschränkt sei (S. 6 oben). 4.6

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\_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1).

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). 4.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. A.\_\_\_\_ zwar auf psychosoziale Faktoren hinweist, die das Beschwerdebild beeinflussen. Aufgrund der Berichte der behandelnden Fachpersonen bestehen jedoch zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der RAD-Psychiaterin, dass kein dauerhafter relevanter psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Es kann deshalb nicht einfach auf ihre Beurteilung abgestellt werden (vgl. vorstehende E. 4.6). Allerdings geht auch aus den Berichten der behandelnden Fachpersonen nicht klar hervor, ob und in welchem Masse es sich bei der diagnostizierten depressiven Störung der Beschwerdeführerin um eine auf die erwähnten soziokulturellen Belastungsfaktoren zurückzuführende Gesundheitsschädigung oder eine davon unabhängige, verselbstständigte, psychische Störung wie etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand handelt. Dasselbe gilt für die (zeitweise)

attestierten, darauf beruhende psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Weiter ist umstritten und unklar, ob neben der depressiven Störung zusätzlich eine Panikstörung vorliegt.

Nach dem Gesagten erlauben die vorliegenden medizinischen Akten keine abschliessende Beurteilung, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Ausmass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. 4.8

Weitere medizinische Abklärungen erweisen sich somit in Nachachtung des geltenden Untersuchungsgrundsatzes als unumgänglich, da aktuell über die für die Beurteilung des streitigen Rentenanspruchs erforderlichen Tatsachen keine hinreichende Klarheit besteht. Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherungsträgers, von Amtes wegen die notwendigen

Abklärungen vorzunehmen, um den rechts erheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.7 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2024 vom 18. Dezember 2024 E. 7). Das Gericht kann die Angelegenheit insbesondere in denjenigen Fällen an die Vorinstanz zurückweisen, in denen der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (vgl. § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer), was vorliegend zutrifft.

Die Beschwerde ist daher in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 21. Mai 2024 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese ein - den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügendes - psychiatrisches Gutachten einhole, das sich auch zur Frage der Eingliederungsfähigkeit äussert. Abhängig vom Resultat wird die Beschwerdegegnerin sodann, bevor sie über den Leistungsanspruch neu entscheidet, allen falls noch Abklärungen zur Frage zu tätigen haben, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall hypothetisch erwerbstätig wäre (Statusfrage).

#### 5.5.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2). Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich [GSVGer] sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]).

Mangels Vorliegens einer Honorarnote ist die Parteientschädigung ermessensweise festzusetzen. Unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien hat die Beschwerdegegnerin der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. Mai 2024 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteient-schädigung von Fr. 2 ' 4 00.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechts vertretung 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber  
BachofnerBrugger

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