Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 841/2016

Urteil vom 30. November 2017

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Heine, Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione,
Gerichtsschreiberin Polla.

Verfahrensbeteiligte
IV-Stelle des Kantons Zürich,
Röntgenstrasse 17, 8005 Zürich,
Beschwerdeführerin,

gegen

A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Invalidenversicherung (Invalidenrente),

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich
vom 10. November 2016 (IV.2016.00007).

Sachverhalt:

A.
Die 1960 geborene A._____ arbeitete ab 1. Oktober 1998 im Umfang von 70 % als Kreditorenbuchhalterin bei der B._____ AG. Am 8. März 2015 meldete sie sich wegen eines Burnouts bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Vom 15. Januar bis 28. März 2015 liess A._____ eine diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.1) sowie ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0) stationär in der Klinik C._____ behandeln (Berichte vom 10. April und 3. August 2015. Die nachfolgend konsultierte Psychiaterin Frau Dr. med. D._____ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bei gleicher diagnostischer Einschätzung (Bericht vom 6. August 2015). Mit der Begründung, es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor, der die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränke, wies die IV-Stelle des Kantons Zürich das Leistungsbegehren ab (Verfügung vom 17. November 2015).

B.
A._____ erhob dagegen Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und reichte ein durch ihren Krankentaggeldversicherer veranlasstes psychiatrisches Gutachten des Dr. med. E._____, Chefarzt Klinik F._____, vom 29. Dezember 2015 während des Verfahrens nach. Das Gericht hiess die Beschwerde gut, hob die Verfügung vom 17. November 2015 auf und stellte fest, dass die Versicherte ab 1. November 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (Entscheid vom 10. November 2016).

C.
Die IV-Stelle führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten und beantragt, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids sei ihre Verfügung vom 17. November 2015 zu bestätigen. Ferner ersucht sie um Erteilung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde.
A._____ lässt Abweisung der Beschwerde und auch des Gesuchs um aufschiebende Wirkung des Rechtsmittels beantragen. Das kantonale Gericht schliesst sinngemäss auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherungen verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D.
Mit Verfügung vom 15. Februar 2017 hat der Abteilungspräsident der Beschwerde aufschiebende Wirkung zuerkannt.

E.
Die I. und die II. sozialrechtliche Abteilung haben zur folgenden Rechtsfrage ein Verfahren nach Art. 23 Abs. 1 BGG durchgeführt:

"Ist die Rechtsprechung, wonach depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, aufzugeben?"
Die beiden sozialrechtlichen Abteilungen haben die Rechtsfrage bejaht (Beschluss vom 22. November 2017).

Erwägungen:

1.
Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann unter anderem die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG), die Feststellung des Sachverhalts nur, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG).

2.

2.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzte, indem sie der diagnostizierten psychischen Gesundheitsstörung (mit attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit bis mindestens Ende Februar 2016) invalidisierende Wirkung zuerkannte und einen Anspruch auf Invalidenrente ab 1. November 2015 bejahte. Zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet dabei die am 17. November 2015 erlassene Verfügung (BGE 134 V 392 E. 6 S. 397).

2.2. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG).

3.

3.1. Das kantonale Gericht erwog, trotz frühzeitig begonnener und konsequent durchgeführter Therapie hätten die Ärzte der Versicherten übereinstimmend eine seit dem 10. November 2014 bestehende und bis mindestens Ende Februar 2016 dauernde 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In den Akten würden sich keine Hinweise finden, die Zweifel an diesen Einschätzungen aufkommen liessen. Der Experte Dr. med. E._____ habe zwar eine gesundheitliche Besserung seit November 2015 festgestellt, dennoch aber bei Vorliegen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und einer psychophysischen Erschöpfung (ICD-10 Z73.0) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt festgehalten. Aufgrund der erheblichen psychophysischen Erschöpfung habe er eine weitere

stationäre psychosomatische Rehabilitation empfohlen, die die Beschwerdegegnerin in der Klinik H._____ vom 11. Januar bis 13. Februar 2016 absolviert habe (Austrittsberichte vom 12. Februar und 10. März 2016). In Nachachtung der Rechtsprechung gemäss BGE 127 V 294, wonach die Therapierbarkeit eines Leidens den Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut ausschliesse, bestehe ab 1.
November 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Mit Blick auf den Krankheitsverlauf sei die Rente allenfalls zu befristen oder zu einem späteren Zeitpunkt einer Revision zu unterziehen.

3.2. Die IV-Stelle verneint die Erheblichkeit des depressiven Leidens im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn. Sie stellt sich auf den Standpunkt, psychische Störungen seien grundsätzlich nur dann invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar seien. Bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen fehle es praxisgemäss an der vorausgesetzten Schwere, seien sie rezidivierend oder episodisch. Die Versicherte habe die Klinik H._____ im Februar 2016 in gebessertem Zustand verlassen können; nach dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) habe sie bei Austritt mit 14 Punkten den untersten Wert für eine leichte Depression erreicht (Austrittsbericht vom 10. März 2016). Gestützt auf die Ergebnisse des psychiatrischen Gutachters Dr. med. E._____ und der Klinik H._____ sei demnach nicht von einem invalidisierenden Leiden auszugehen.

4.

4.1. Die Auffassung der Beschwerde führenden IV-Stelle, dass die Folgen der vorliegenden depressiven Problematik nur bei überwiegend wahrscheinlicher Therapieresistenz invalidenversicherungsrechtlich Berücksichtigung finden, entspricht der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung. Danach fallen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis; Urteile 9C 841/2016 vom 8. Februar 2017 E. 3.1; 9C 13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2; 9C 539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.3.1; 8C 104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4). Diese Praxis ist zu hinterfragen und zu prüfen, ob daran festgehalten werden kann (vgl. dazu: Eva Slavik, Invalidenrentenanspruch bei depressiven Erkrankungen, in: Jusletter vom 4. September 2017).

4.2.

4.2.1. Das Bundesgericht hat wiederholt unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht (zuletzt etwa Urteile 8C 222/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2; 9C 682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2; 8C 349/2016 vom 2. November 2015 E. 3.1). Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus (vgl. auch RAHEL SAGER, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Aus diesem Grundsatzurteil geht weiter hervor, dass in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein muss. Entscheidend ist die Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, was sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab beurteilt (BGE 127 V 294 E. 4b/cc S. 297 f. in fine; wiedergegeben in BGE 139 V 547 E. 5.2 S. 555). Die objektivierte
Zumutbarkeitsbeurteilung fand in Art. 7 Abs. 2 ATSG ihren gesetzlichen Niederschlag. Die in BGE 127 V 294 getroffenen grundsätzlichen Aussagen zur Behandelbarkeit einer psychischen Erkrankung haben weiterhin Bestand. Eine Abkehr hiervon drängt sich nicht auf.

4.2.2. Die dargelegten Grundsätze stehen in Einklang mit der Rechtsprechung zu den psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281. Danach finden hinsichtlich der Anspruchsprüfung anhand des Indikatorenkatalogs die Aspekte von Behandlungserfolg oder -resistenz (in der Kategorie "funktioneller Schweregrad") und ergänzend dazu, mit Blick auf den anamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck, die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (in der Kategorie "Konsistenz") beweisrechtlich als Indizien Beachtung. Die grundsätzlich gegebene Therapierbarkeit ist demnach bei somatoformen und gleichgestellten Störungen kein Aus-

schlussgrund für die Bejahung einer Invalidität. Sie ist vielmehr (als Indiz) in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen.

4.3. Aus medizinischer Warte können funktionelle Beeinträchtigungen durch somatoforme/funktionelle Störungen und durch solche depressiver Natur gleich gross sein. Die Objektivier- und Beweisbarkeit ist bei der Feststellung somatoformer Störungen und vergleichbarer Leiden eingeschränkt, worin sie sich aber nicht von anderen psychischen Störungen unterscheiden (Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 524). Fest steht, dass viele depressive Erkrankungen prinzipiell durch Antidepressiva und Psychotherapie behandelbar sind, wobei offenbar bloss etwa in der Hälfte der behandelten Fälle von einer adäquaten Depressionsbehandlung nach psychiatrischen Standards ausgegangen werden kann (Schweizerisches gesundheitsobservatorium/Obsan, Depressionen in der Schweizer Bevölkerung, OBSAN-Bericht 56, Neuchâtel 2013, S. 16; vgl. auch die Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression [SGAD]und der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie [SGBP]in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP]). Selbst wenn in der Mehrzahl der Fälle
depressive Episoden, adäquat behandelt, günstig verlaufen und es zu einer vollständigen Remission oder Teilremission innert weniger Monate kommt, liegen dennoch trotz lege artis durchgeführter Behandlungsmassnahmen chronische Verläufe mit über zweijähriger Dauer vor, wobei komorbide Leiden die Behandlungsdauer wesentlich beeinflussen können (SCHLEIFER et. al.; Der Begriff der Therapieresistenz bei unipolaren depressiven Störungen aus medizinischer und aus rechtlicher Sicht - eine Standortbestimmung im Nachgang zu BGE 9C 13/2016, in: HAVE 3/2017 S. 272 sowie Schweizerisches gesundheitsobservatorium/Obsan, a.a.O. S. 16).

4.4. Aus rechtlicher Sicht ergibt sich aus diesen Darlegungen, dass die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen, allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden kann. Zwar gilt die Frage, ob eine Therapie durchgeführt wird, auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung (Wolfgang Hausotter, Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung für Gerichte, Sozial- und private Versicherungen, Frankfurt 2016, S. 193; vgl. ferner Klaus Foerster/Claudia Dressing/Harald Dressing, Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen, in: Psychiatrische Begutachtung [Venzlaff/Foerster/Dressing/Habermeyer (Hrsg.)], 6. Aufl. 2015, S. 553 f.). Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greift aber zu kurz und blendet wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter
Weise aus (vgl. Slavik, a.a.O., Rz. 50 mit Hinweis auf Fn. 71; ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, Psychische Beeinträchtigungen in der Rechtsprechung, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2015, S. 77 f.). Die Therapierbarkeit vermag demnach keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern. Einen Gesundheitsschaden allein gestützt auf das Argument der fehlenden Therapieresistenz unbesehen seiner funktionellen Auswirkungen als invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant einzustufen, mit der Konsequenz eines Ausschlusses von Rentenleistungen, ist weder sachlich geboten noch medizinisch abgestützt. Die Therapierbarkeit eines Leidens stellt kein taugliches Kriterium für rechtliche Differenzierungen im Sinne der in Frage stehenden Rechtsprechung dar. Die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind, ist daher in dieser absoluten Form unzutreffend und steht einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der
Krankheit im Einzelfall entgegen. Zusammenfassend bestehen damit nach vertiefender Auseinandersetzung mit der Sach- und Rechtslage und der dabei gewonnenen besseren Einsicht hinreichend gewichtige Gründe, die bisherige Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen fallen zu lassen (BGE 140 V 538 E. 4.5 S. 541 mit Hinweisen).

4.5.

4.5.1. Unterliegen die depressiven Geschehen, losgelöst von der Frage ihrer Ausprägung, den gleichen Schwierigkeiten hinsichtlich Objektivier- und Beweisbarkeit wie alle psychischen Störungen, rechtfertigt sich - auch mit Blick auf die materielle Beweislast der die Invalidenrente beanspruchenden versicherten Person - keine gesonderte Beurteilung leichter bis mittelschwerer Störungen aus dem depressiven Formenkreis. Mit der Annahme, dass aus medizinischer Sicht generell für sämtliche psychischen Leiden eine beschränkte Objektivier- und Beweisbarkeit gilt und nachdem auch aus rechtlicher Warte grundsätzlich alle psychischen Erkrankungen im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gleich zu stellen sind (mit heutigem Datum ergangenes Urteil 8C 130/2017, zur Publikation vorgesehen), drängt sich ein einheitliches Vorgehen zur Beurteilung eines Anspruchs auf Invalidenrente im Rahmen dieser Problematik auf. Dies gilt umso mehr, als auch die Abgrenzung somatoformer oder funktioneller Störungen von depressiven Leiden im Rahmen der Begutachtung häufig Probleme bereitet (WOLFGANG HAUSOTTER, Begutachtung somatoformer und funktioneller
Störungen, 2. Aufl. 2004, S. 36).

4.5.2. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, demnach im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.; vgl. dazu auch ANDREAS STEVENS, GENÜGT DIE BESCHWERDESCHILDERUNG ALS KRANKHEITSNACHWEIS?, IN: GRENZWERTIGE PSYCHISCHE STÖRUNGEN, VOLLMOELLER [HRSG.], 2004). Denn gerade mit Blick darauf, dass auch bei einem depressiven Leiden soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern sind, setzt die vorzunehmende Abgrenzung zu reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen eine nachvollziehbare Diagnosestellung voraus. Nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit ist es sach- und systemgerecht, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung ihres 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 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f.). Wie bei den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden verbleiben aber Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, a.a.O., S. 19, FULVIA ROTA, zur Notwendigkeit und Wirksamkeit langdauernder Psychotherapien, JaSO 2015, S. 233 ff.). Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (BGE 127 V
294 E. 4b/cc S. 297; HAUSOTTER, Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung, S. 195).

4.5.3. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. Urteil 8C 130/2017 vom heutigen Tag, E. 7.1.1, zur Publikation vorgesehen). Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten kann (SCHLEIFER et al., a.a.O., S. 269 unten f.) und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es daher in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens.

5.

5.1. Fallspezifisch ergibt sich nach dem Gesagten, dass nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung auszuschliessen ist. Mit der IV-Stelle kann aber dennoch nicht aufgrund der bestehenden Aktenlage auf einen Anspruch auf eine ganze Rente begründende Invalidität geschlossen werden. Insoweit ist die Beschwerde begründet (Art. 61 lit. c ATSG i.V.m. Art. 95 lit. a BGG; BGE 135 II 369 E. 3.1 in fine S. 373; 135 V 23 E. 2 S. 25).

5.2. Weder der Gutachter Dr. med. E._____ noch die behandelnden Ärzte der Klinik H._____ legten schlüssig und nachvollziehbar dar, warum sie trotz der von ihnen klinisch festgestellten Verbesserung der diagnostizierten Leiden weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeitsbereichen attestierten. Dr. med. E._____ schätzte in seinem Gutachten vom 29. Dezember 2015 die Arbeitsfähigkeit nach stationären therapeutischen Massnahmen von vier bis sechs Wochen prognostisch auf 50 % und rechnete mit einer monatlichen Steigerung derselben zwischen 20 und 25 % bis zur Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit. Dem Austrittsbericht der Klinik H._____ (vom 10. März 2016), soweit er, da nach Verfügungserlass ergangen, überhaupt zu berücksichtigen ist (vgl. E. 2.1), lässt sich nicht entnehmen, weshalb die Ärzte - bei einem seit November 2015 gebesserten Zustand und im Rahmen der Selbstbeurteilung nach BDI leichter Symptomatik - selbst in einer leidensangepassten Tätigkeit überhaupt kein funktionelles Leistungsvermögen mehr annahmen. Die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Februar 2016 bezieht sich zum einen nicht auf den massgebenden Zeitraum. Zum andern wurde sie einzig mit einem Hinweis
auf die Rekonvaleszenz begründet. Der von der Beschwerdegegnerin letztinstanzlich eingereichte Austrittsbericht der Tagesklinik der Psychiatrischen Klinik G._____ vom 9. Dezember 2016 ist als neues Beweismittel (echtes Novum) unbeachtlich (Art. 99 Abs. 1 BGG). Schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden, liegen somit nicht vor. Die Sache ist daher an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie ein den Grundsätzen nach BGE 141 V 281 entsprechendes psychiatrisches Gutachten, mit besonderem Augenmerk auf Therapieerfolg oder -resistenz, einhole. Gestützt darauf wird sie in Berücksichtigung des gesundheitlichen Verlaufs neu entscheiden.

6.
Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 65 Abs. 4 lit. a BGG). Die Rückweisung der Sache zu neuer Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (vgl. SVR 2013 IV Nr. 26 S. 75, 8C 54/2013 E. 6). Daher sind die Gerichtskosten von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 10. November 2016 und die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Zürich vom 17. November 2015 werden aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Verfügung an die IV-Stelle des Kantons Zürich zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 30. November 2017

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Polla