

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00119 vom 15. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00119 du 15 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00119 del 15 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, ist Mutter von zwei erwachsenen Kindern und seit 2011 geschieden. Sie absolvierte in ihrem Heimatland Y.____ eine Musikausbildung

und war nach ihrer Einreise in die Schweiz ab 2002 teilzeitlich als Geschäftsführerin der Z.____ GmbH sowie ab 1. Januar 2008 als teilzeitliche Reiseführerin für koreanische Reisegruppen bei der A.____ GmbH

tätig (Urk. 8/8 Ziff. 3.1, Ziff. 5.2, Ziff. 5.4, Urk. 8/90-91 und Urk. 8/97 S. 2). Am 24. Juni 2008 wurde die Versicherte in einen schweren Unfall mit Frontalkollision involviert, wobei sie sich eine Vorderarmfraktur links (distale Radiusfraktur, Radiuschaftstückfraktur und distale Ulnastyloidfraktur), Prellungen am linken Oberschenkel und an den Knien sowie eine Fraktur des linken sechsten Halswirbelkörpers zuzog (Urk. 8/3/6-7), was verschiedene Operationen nach sich zog (Urk. 8/70 1-39 S. 17 f.)

Am 31. März 2009, eingegangen am 2/3. April 2009, meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4-5 und Urk. 8/8). Die IV-Stelle tätigte daraufhin Abklärungen in erwerblicher Hinsicht und holte bei den behandelnden Ärzten Berichte ein. Weiter veranlasste sie

eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS B.____ GmbH (Urk. 8/70). Nach ergänzender Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (Urk. 8/97) und Erlass des Vorbescheids (Urk. 8/103) reichte die Versicherte am 27. Juni 2013 ein weiteres psychiatrisches Gutachten (Urk. 8/115) ein. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2013 (Urk. 2) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Oktober 2009 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu, welche sie bis zum 30. September 2010 befristete.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität

und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.5

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.

E. 1.6

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.7

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2013 (Urk. 2) erhob die Versicherte am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2013 (Urk. 2) damit, dass die teilzeiterwerbstätige Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 24. Juni 2008 vollständig arbeitsunfähig sei. Ab 1. Juli 2010 sei der Beschwerdeführerin eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wieder zumutbar (Verfügungsteil 2, S. 2). Unter Berücksichtigung des 55%-Arbeitspensums sowie einer Einschränkung im Haushalt von 41%

betrage der Invaliditätsgrad ab Juli 2010 18%, weshalb ab 1. Oktober 2010 kein Rentenanspruch mehr bestehe (S. 5).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, sie sei aufgrund einer schweren Depression sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig . Gleiches gelte auch mit Bezug auf die Fähigkeit, im Aufgabenbereich tätig zu sein, wo die Einschränkung ebenfalls 100 % betrage . Aus alledem folge, dass ihr auch über den 1. Juli 2010 hinaus ein Anspruch auf eine angemessene Invalidenrente zustehe (S. 7 und S. 8). 3.

E. 3

0. Januar 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, ihr sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung über den 1. Juli (richtig: Oktober) 2010 hinaus eine angemessene Rente zuzusprechen, eventualiter sei eine ergänzende psychiatrische Begutachtung zur Erhebung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit zu veranlassen und subeventualiter sei eine nochmalige Haushaltabklärung zur Erhebung der unfallbedingten Einschränkungen im Aufgabenbereich durchzuführen. Des Weiteren stellte die Beschwerdeführerin Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung

und Rechtsvertretung (S. 2). Mit Vernehmlassung vom 7. März 2014 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. März 2014 mitgeteilt wurde. Gleichzeitig wurde ihr die unentgeltliche Prozessführung

und

Rechtsvertretung gewährt (Urk. 12). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Medizinische Grundlage für die Verfügung vom 19. Dezember 2013 (Urk. 2) bildeten im Wesentlichen das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. Februar 2014

E. 3.2

In ihrem Bericht vom 31. August 2011 (Urk. 8/75/6-12), welchen sie im Auftrag des Haftpflichtversicherers verfasste, nannte Dr. D. ___ als Diagnose eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11; S. 6). Die Ärztin führte aus, die Beschwerdeführerin habe erstmals zwei Monate nach dem Unfall psychische Probleme entwickelt. Sie sei damals als Beifahrerin im Auto mitgefahren, als sie plötzlich Angst mit anfallsartigem Herzklopfen verspürt habe und es ihr darauf kurz schwarz vor den Augen geworden sei. Seit diesem Ereignis sei sie psychisch nicht mehr die Gleiche und sei über lange Zeit sehr ängstlich gewesen und als Fussgängerin übervorsichtig geworden. Die grossen Ängste habe sie heute nicht mehr, fühle sich aber stets noch unsicher im Alltag, sei traurig geworden, sei niedergeschlagen, habe keine richtige Lebensfreude mehr und habe Mühe, sich Dinge und Gespräche zu merken. Die Beschwerdeführerin habe ihre psychischen Beschwerden und Schmerzen als gleichwertig gewichtet (S. 3 und S. 4).

Bezüglich ihres Tagesablaufs habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie am Vormittag leichte Hausarbeiten erledige und für sich dann das Mittagessen koche. Nachmittags erhalte sie ab und zu Besuch von katholischen Gemeindegliedern (einzeln oder in Gruppen). Das Abendessen nehme sie mit den Kindern ein und mache danach bei schönem Wetter noch einen Spaziergang. Zudem gehe sie wöchentlich zur Physiotherapie (S. 4).

Dr. D.____ führte weiter aus, die kognitiven Fähigkeiten seien ungestört und das formale Denken unauffällig und logisch. Die Grundstimmung sei objektiv traurig, niedergeschlagen und objektiv mittelschwer depressiv, wobei der Leidensdruck deutlich spürbar sei. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht mehr richtig freuen, es sei für sie alles sinnlos geworden und die affektive Schwingungsfähigkeit und der Antrieb seien klar herabgesetzt. Sie habe ein klar definiertes Krankheitskonzept, wonach der Unfall ihren Körper und ihr Leben zerstört habe. Die Beschwerdeführerin habe zudem Angst, auf offener Strasse zu gehen, da sie befürchte, überfahren zu werden. Sie könne diese Angst aber wenn nötig überwinden und schränke sich in ihren Tätigkeiten deshalb nicht ein (S. 5).

Die Ärztin stellte weiter fest, die Beschwerdeführerin erreiche auf der Hamilton-Depression-Skala eine Punktzahl von 24, was einer mittelschweren depressiven Symptomatik entspreche. Es sei dabei jedoch unklar, welche Faktoren zur Entwicklung der depressiven Störung geführt hätten. Einerseits sei es möglich, dass die Beschwerdeführerin mit den starken Schmerzen, den fortlaufenden chirurgischen Behandlungen und der Veränderung ihrer Lebenssituation durch den Unfall in ihrer Bewältigungskapazität überfordert gewesen sei. Andererseits stelle sich auch die Frage, welchen Einfluss unfallfremde Faktoren gehabt hätten, namentlich das Scheitern der Ehe sowie die Schilddrüsenerkrankung (S. 4 f.).

Mit Bezug auf die in den Akten erwähnte posttraumatische Belastungsstörung hielt Dr. D.____ fest, dass sich diese zurückgebildet habe und aktuell nur noch in Form der Ängste auf offener Strasse und in kleinen Autos bestehe. Die Ängste würden indessen nicht (mehr) zu Vermeidungsverhalten führen und der generelle Angstpegel sei normal, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr zu stellen sei (S. 6).

Dr. D.____ wies schliesslich darauf hin, dass die Frage, ob die subjektiv als erheblich erlebte Schmerzsymptomatik mit dem somatischen Befund ausreichend erklärbar sei, durch einen entsprechenden Facharzt (Chirurgie, Orthopädie oder Rheumatologie) geklärt werden müsse. Die differenzialdiagnostisch in Frage kommende somatoforme Schmerzstörung könne deshalb erst nach entsprechender fachärztlicher Einschätzung abschliessend beurteilt werden (S. 6 f.).

E. 3.3.1

Das MEDAS-Gutachten vom 27. Februar 2012 (Urk. 8/70/1-39)

sowie

die entsprechenden Teilgutachten (Urk. 8/70/40-71) basierten auf den Vorakten sowie auf eigenen internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen, welche am 21. Dezember 2010, 9. März 2011, 20. Juni 2011 und 20. Januar 2012 durchgeführt wurden (Urk. 8/70 S. 1). Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 25 f.): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Verkehrsunfall vom 24. Juni 2008 - Komplexe Vorderarmfraktur links mit distaler Radiusfraktur,

Radiuschaftstückfraktur, distaler Ulnastyloidfraktur (S52.4) - TFCC-Läsion - Fortgeschrittene Radiokarpal-Arthrose - Chronisches Schmerzsyndrom mit Dystrophie und neuralgischen Schmerzen - Fraktur des Processus

articularis Halswirbelkörper 6 links (S12.24) - Chronisches Zervikovertebralsyndrom - Rotatorenmanschettentraktur (M75.1) - Hochgradiges Impingementsyndrom - Frozen

shoulder - Oberschenkelkontusion - Kniekontusion beidseits 2. Unbehandelte und mittlerweile unvollständig remittierte chronifizierte

post traumatische Belastungsstörung mittleren Ausmasses (F4 3 .2), bestehend seit 2 4. Juni 2008 3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), sich entwickelnd seit 2 4. Juni 2008 Diagnose n

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit : 4. Dysfunktionale Krankheitsverarbeitungsfaktoren (F54) 5. Auffällige Persönlichkeitszüge (Z73) mit histrionischer Komponente 6. Hypothyreose mit/bei - Substitution mit Euthyrox - Status nach Thyreoidektomie infolge rezidivierender Hyperthyreose

E. 3.3.2

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in organischer Hinsicht hielt Dr. med. F.____, Leiter Neurologie am Spitalzentrum G.____, in seinem Teilgutachten vom 7. Juli 2011 (Urk. 8/70/57-61) unter Verweis auf verbleibende neuralgische Schmerzen am Unterarm und an der Hand links, eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit des linken Handgelenks sowie eine fragliche Parese an der linken oberen Extremität

fest ; die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei zumutbar, vorausgesetzt diese erfordere keine motorischen Aktivitäten der linken Hand , welche Genauigkeit, Kraft und Schnelligkeit verlangen (S. 4).

Dr. med. H.____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital I.____, und Dr. med. J.____, Oberarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital K.____, attestierten im orthopädischen Teilgutachten vom 1 0. März 2011 respektive 1. Februar 2012 (Urk. 8/70/64-71) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter Vermeidung von gelenkbelastenden Tätigkeiten der linken Hand . Dies unter Hinweis auf belastungsabhängige Schmerzen im linken Handgelenk aufgrund der radiokarpalen Arthrose sowie des ulnokarpalen

Impingements (S. 8). Der linke Vorderarm könne lediglich für leichteste Belastungen in Neutralstellung des Handgelenks eingesetzt werden. Sämtliche Tätigkeiten, welche eine Pro- oder Supination erfordern, seien nicht möglich (S. 5).

E. 3.3.3

Dr. von C.____ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 1 4. März 2011 (Urk. 8/70/40-56) aus, die Beschwerdeführerin habe bezüglich ihrer Freizeit von Kontakten zur Kirche, zur katholischen Gemeinde und ihren Angehörigen so wie vom täglichen Spazierengehen (eineinhalb bis zwei Stunden pro Tag) berichtet. Hinsichtlich ihres Tagesablaufs am Tag vor der Begutachtung habe sie ausgeführt, sie sei am Vormittag mit dem Zug nach L.____ gefahren, um beim Scheidungsanwalt Dokumente abzugeben. Nach ihrer Rückkehr nach Hause sei sie in die Kirche gegangen, habe sich danach etwas ausgeruht und dann das Mittagessen zu sich genommen, welches ihre Tochter vorbereitet habe. Danach habe sie

eine Stunde geruht , bevor sie zwei Besuche von Nachbarn erhalten habe. Nach

dem Abendessen, welches sie zusammen mit ihren Kindern vorbereitet habe , sei ein Versicherungsagent gekommen, welcher sie und ihren Sohn beraten habe (S. 4 f.).

Der Gutachter berichtete weiter, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie keinen Kontakt mehr mit Menschen haben könne und Atemnot kriege, wenn sie mit anderen Leuten zusammenkomme. Auf dem Weg zu Fuss vom Bahnhof zu den Untersuchungsräumlichkeiten habe sie immer weggeschaut, wenn ihr Leute oder Autos entgegengekommen seien. Sie habe furchtbare Angst vor entgegenkommenden Autos respektive Angst, diese würden sie überfahren,

und könne seit dem Unfall weder als Lenkerin noch Beifahrerin im Auto mitfahren (S. 4 und S. 6). Die Beschwerdeführerin habe zudem erklärt, dass sie sich nicht länger als 20 Minuten konzentrieren könne und dass sie während der Zugreise zum Untersuchungsort ständig im Zug hin- und hergelaufen sei (S. 7).

Sie könne sich zudem nicht an den Unfall erinnern und kenne den Unfallhergang lediglich aus den Schilderungen der behandelnden Ärzte. Überdies passiere sie die Unfallstelle öfters auf

ihren täglichen Spaziergängen

(S. 8).

Es wurde weiter ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei während der Untersuchung immer wieder aufgestanden, habe das Fenster geöffnet, sich dabei intensiv auf die Brust geklopft und sich schliesslich auf dem Sofa hingelegt (S. 5 und S. 8). Zudem habe sie sich über ein Surren im Kopf beklagt und darum gebeten, die Neonleuchte im Untersuchungszimmer auszuschalten, da diese bei ihrer unerträglichen Kopfschmerzen auslöse (S. 4, S. 6 und S. 8).

Dr. von C. ____

stellte weiter fest, die Auffassung, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis seien im klinischen Gespräch nicht relevant beeinträchtigt gewesen. Die Konzentration sei teilweise aufgrund des Umhergehens und Hinlegens reduziert gewesen. Das formale Denken sei geordnet und effektiv nicht verlangsamt gewesen, sei aber teilweise auf das Unfallereignis sowie das danach völlig veränderte Leben eingeengt (S. 8). Bei der Beschwerdeführerin sei ein phobisches Erleben sichtbar, was sich beispielsweise darin zeige, dass sie sich zunächst geweigert habe, in ein Taxi zu steigen, um zu den Untersuchungsräumen der MEDAS zu gelangen. Die Beschwerdeführerin erscheine zudem weder rat-, gefühl- oder hoffnungslos noch affektarm, antriebsarm oder antriebsgesteigert. Sie weise indessen Insuffizienzgefühle und eine ausgeprägte Störung der Vitalgefühle auf, erscheine teilweise deprimiert, leicht ängstlich und dysphorisch, gereizt, innerlich und motorisch unruhig, klagsam sowie teilweise theatralisch. Störungen im Sinne von sozialem Rückzug, sozialer Umtriebigkeit, Aggressivität oder Selbstverletzung würden nicht vorliegen (S. 9 f.).

Der Gutachter diagnostizierte eine unbehandelte und mittlerweile unvollständig remittierte chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung mittleren Ausmasses (ICD-10 F43.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) sowie auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73). Die Beschwerdeführerin klagt über grosse Schmerzen, habe aber während der Untersuchung eine erhebliche Agilität (beim Aufsuchen des Sofas oder Öffnen des Fensters) gezeigt. Sie sei überdies sehr mobil (Reise nach L. ____, um Dokumente abzugeben, Besuch der Kirche, Reise nach M. ____, ständiges Auf- und Abgehen im Zug) und empfangen mehrfach Besuch zu Hause. Obwohl sie als Lenkerin

respektive Beifahrerin nicht mehr Autofahre, zeige sie sich mit öffentlichen Verkehrsmitteln transferfähig. Den psychischen Gründen komme eine wichtige Rolle für die Schweregradexazerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen zu, diese Gründe würden aber nicht die ursächliche Rolle für den Beginn der Schmerzen spielen, welcher eindeutig im Unfallereignis zu lokalisieren sei (S. 11 f. und S. 13).

Dr. von C.____ diagnostizierte zudem eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung, welche sich in einem erheblichen Vermeidungsverhalten, einer erhöhten Schreckhaftigkeit und Übererregung

äußere. Der Arzt wies darauf hin, dass der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin nicht an das Unfallereignis erinnern könne und den Unfallort nicht meide, nicht unbedingt zur posttraumatischen Belastungsstörung passe. Auch würden

die typischen Merkmale wie das wiederholte Erleben des Traumas nicht vorliegen, da die Beschwerdeführerin keine Erinnerung an das Unfallereignis habe. Vielmehr beklage sie sich darüber, dass ihr Leben infolge des Unfalls anders sei, weshalb der Unfall mehr als kausale Attributionsschablone erscheine als ein primäres Angst erleben.

Es würden hingegen klare Zeichen einer Angstsymptomatik vorliegen, beispielsweise bezüglich des Verkehrs auf der Strasse, Aufwachens im Schlaf oder der erhöhten Schreckhaftigkeit. Andererseits habe die Beschwerdeführerin regen Kontakt mit anderen Leuten (beispielsweise in der Kirche oder bei Besuchen von Nachbarn), obwohl sie Menschen als unerträglich bezeichne (S. 12 f.).

Der Arzt

stellte ferner eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung fest, welche sich möglicherweise nach dem Unfall entwickelt und sich spätestens seit dem Scheitern der Ehe als eigenständige Erkrankung respektive

somatoforme

Schmerzstörung

manifestiert habe. Des Weiteren seien in der Untersuchung Persönlichkeitszüge mit histrionischer Komponente zu erkennen gewesen (S.

13).

Dr. von C.____ stellte keine Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen, ein erhöhtes Depressionsrisiko oder vormalige respektive aktuelle depressive Episoden fest. Diese Pathologie stehe in keinem Widerspruch zu den offensichtlichen Veränderungen der Stimmung und den Labilitäten der Beschwerdeführerin, welche nicht einer affektiven Störung im Sinne einer depressiven Episode oder einer schweren Depression zugeschrieben werden könnten. Die Beschwerdeführerin habe denn auch selbst insistiert, dass ihr Zustand durch Schmerzen geprägt sei und nicht durch eine Depression (S. 11).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte

Dr. von C.____

aus, eine Aufnahme der angestammten Tätigkeit sei aufgrund der posttraumatischen Störung mit Vermeidungsverhalten sowie der langjährigen Arbeitsabstinenz nicht zu mut

bar . Es erscheine indessen möglich, in einer angepassten Tätigkeit nach vorgängigem Arbeits- und Belastungstraining eine r 60%igen Tätigkeit nachzu gehen. Die somatoforme Symptomatik und dysfunktionalen Krankheitsfaktoren seien zu einem wesentlichen Teil mittels entsprechender Veränderungs motivation , Leistungsbereitschaft und zumutbarer Willensanpassung überwindbar . Bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung sei die Prognose durch die langjährige Nichtbehandlung etwas skeptischer zu beurteilen. Es liege jedoch keine Belastungsstörung schweren Ausmasses vor, weshalb von einer teilweisen Überwindbarkeit auszugehen sei. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass besagte Störung von histrionischen Persönlichkeitszügen überlagert sei und sich die Beschwerdeführerin bis anhin keiner Pharmako - , Psycho- oder Sozi otherapie unterzogen habe. Entsprechend empfahl Dr. von C.____ als medizinische Massnahmen die Durchführung von Psycho- und Psychopharma kotherapie sowie von Soziotherapie (S. 14 f.).

E. 3.3.4

Zusammenfassend attestierten die Gutachter eine vollumfängliche Arbeitsun fähigkeit ab Unfall bis 30. Juni 2010 und seither eine solche von 40 % in behin derungsangepassten Tätigkeiten (Urk. 8/70/1-39 S. 35).

E. 3.4

Im Gutachten vom 16. Juni 2014 (Urk. 8/115) , welches von der Beschwerdefüh rerin in Auftrag gegeben worden war ,

stellte

Dr. E.____

folgende Diagnose n (S. 19):

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)

-

Chronisches Schmerzsyndrom

Der Psychiater führte aus, die Beschwerdeführerin zeige deutliche Konzentrati ons - und Merkfähigkeitsstörungen und habe sich

zudem über Störungen des Kurzzeitgedächtnisses

beklagt . Ihr formales Denken sei stark gehemmt und ver langsamt und sie sei auf ihre Schmerzen und missliche Lebenssituation hoch gradig eingengt . Die Beschwerdeführerin habe von ausgeprägten phobischen Ängsten vor anderen Leuten und Menschenmengen sowie vor dem Autoverkehr berichtet . Es bestünden zudem

Depersonalisationserscheinungen, habe die Be schwerdeführerin doch das Gefühl, dass alles unreal sei, sie sich in einem Film befinde. Des Weiteren klage die Beschwerdeführerin über Gefühl - und Antriebslosigkeit, sei affektarm und in ihrer Mimik und

Modulationsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Die Vitalgefühle seien hochgradig vermindert, sie sei deprimiert und habe die Hoffnung verloren, dass sich irgendetwas zum Guten wende. Die Beschwerdeführerin wirke ängstlich und äussere deutliche Insuffizi enz -

und Schuldgefühle. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin gehe es ihr vor allem am Morgen besonders schlecht und sie habe sich sozial weitgehend zurückgezogen. Die Kontakte zur Kirche sowie die zwei monatlichen Besuche des Frauenchors pflege sie eigentlich nur, weil ihre Kinder sie dazu drängen würden und sie ansonsten den Realitätsbezug völlig verliere. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie denke oft ans Sterben, ohne dass indessen im Zeitpunkt der Begutachtung eine aktive Suizidalität vorgelegen habe. Überdies leide sie unter Schmerzen an der gesamten linken Körperseite sowie am Kreuz und vernehme auf der linken Seite ein ständiges Ohrengeräusch (S.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 012

(Urk. 8/70/1-39) respektive die diesem Gutachten zugrunde

liegenden Teilgutachten (Urk. 8/70/40-71) , insbesondere das psychiatrische

Teilgutachten von Dr. med. von C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. März 2011 (Urk. 8/70/40-56), weiter die konsiliarische psychiatrische Abklärung von Dr. med. D.____, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. August 2011 (Urk. 8/75/6-12) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Juni 2013 (Urk. 8/115).

E. 15

und

E. 17

f.).

Bezüglich ihres Tagesablaufs habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie gegen 10 Uhr aufstehe, ihren Hund füttere und anschliessend einen kurzen Spaziergang mache. Einmal pro Woche habe sie eine Spitex-Hilfe, die sie bei den täglichen Verrichtungen unterstütze, ansonsten würden ihre Kinder viel helfen und ein Nachbar würde ihr beim Einkaufen die schweren Dinge nach Hause tragen. Sie gab weiter an, sie fürchte sich davor, eine neue Wohnung zu suchen und habe grosse Angst vor dem Auszug der Kinder, da sie dann nicht wisse, wie sie alles selbst bewältigen könne (S. 19).

Dr. E.____ führte weiter aus, die Beschwerdeführerin habe auf der Hamilton-Depression-Skala

einen Summenwert von 32 erreicht, was einer schweren Depression entspreche (S. 18). Bezüglich der ICD-10-Forschungskriterien für eine depressive Episode lägen

alle drei Hauptsymptome sowie fünf Nebensymptome vor, was ebenfalls für eine schwere Depression spreche. Die Depression sei vorwiegend als Folge des unfallbedingten chronischen Schmerzsyndroms zu interpretieren. Dr. E.____ verneinte demgegenüber das Vorliegen einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung, da das Vorliegen einer Depression eine solche Störung ausschliesse und die Beschwerdeführerin auch nicht genügende Symptome für eine solche Störung aufweise. Ebenso wenig seien

die Diagnostikskriterien

für eine Persönlichkeitsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung nach Extremlastung

erfüllt

(S. 20 f.).

Der Gutachter wies schliesslich darauf hin, dass es keine Hinweise dafür gebe, dass sich das Befinden und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 1. Juli 2010 wesentlich verbessert hätten. Entsprechend attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 24). Er empfahl eine medikamentöse antidepressive Therapie und hielt gleichzeitig fest, dass er die Chance für eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit als nicht wahrscheinlich erachte (S. 23 und S. 25). 4.

4.1

4.1.1

In organischer Hinsicht ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach dem Verkehrsunfall vom 24. Juni 2008 vollumfänglich arbeitsunfähig war. So musste ihr verletzter linker Arm operiert werden und war während Wochen nicht einsetzbar (Urk. 8/3/6-7). Die Ärzte der RehaClinic O., wo die Beschwerdeführerin vom 10. bis 23. Juli 2008 zwecks postoperativer Rehabilitation hospitalisiert gewesen war, erachteten im Austrittsbericht vom 30. Juli 2008 (Urk. 8/3/17-19) das Tragen einer Oberarmschiene für drei Wochen als angezeigt und anschliessend einstweilen lediglich eine unbelastete Bewegung für möglich. Aufgrund persistierender Schmerzen erfolgte am 26. August 2009 (Urk. 8/33/3) eine diagnostische Handgelenksarthroskopie, welche Bandverletzungen und Knochenläsionen zeigte (Urk. 8/37/7-8).

Im März 2009 war sodann ein operativer Eingriff auch in der Schulter durchgeführt worden (Urk. 8/3/31-32), wobei ein Jahr postoperativ immer noch Einschränkungen bestanden und weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 8/40/6-7).

Auch im Mai und August 2010 (Urk. 8/42/6-8 und Urk. 8/48/6) wurde der Beschwerdeführerin seitens des behandelnden Handchirurgen Dr. med. P., FMH Handchirurgie und FMH Orthopädische Chirurgie, eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (zuletzt für weitere sechs Monate) attestiert unter Hinweis auf weiterhin bestehende Schmerzen und die geplante Materialentfernung am linken Vorderarm sowie der Schulter links. 4.1.2

Aufgrund dieser aktenkundigen Entwicklung ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation in organischer Hinsicht per 30. Juni 2010 - wie von den MEDAS-Gutachtern erwähnt (vgl. E. 3.3.4) - nicht überwiegend wahrscheinlich. Ihre Aussagen beziehen sich grundsätzlich auf die tatsächlichen Verhältnisse, mithin auf den Zeitpunkt der orthopädischen Exploration am 9. März 2011 (Urk. 8/70/64-70). Dass der Zustand bereits acht Monate zuvor identisch mit dem nun erhobenen gewesen sein soll, wurde lediglich vermerkt, nicht aber

auch nicht ansatzweise - begründet.

Angesichts der unwidersprochen gebliebenen Atteste von Dr. P.____ kann demgemäss von einer Verbesserung der organischen Problematik erst per März 2011 ausgegangen werden, zu welchem Zeitpunkt die Gutachter einen Einsatz des linken Vorderarmes für leichteste Belastungen in Neutralstellung des Handgelenks als möglich erachteten (Urk. 8/70/64-70 S. 5), welche Einschätzung am 1. Februar 2012 - nach weiteren Abklärungen - bestätigt wurde (Urk. 8/70/71). 4.2

Im Vordergrund stehen demgegenüber die psychischen und nicht die organischen Einschränkungen. Hierzu ergibt sich, dass zwischen den beiden Gutachtern

Dr. von C.____ und Dr. E.____ Konsens insofern besteht, als beide Ärzte eine chronische Schmerzstörung diagnostizierten; Dr. D.____ liess die Frage nach besagter Störung hingegen offen. Divergenzen bestehen indessen dahingehend, als Dr. von C.____ zusätzlich von einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung ausging, während die

Drs.

D.____ und E.____ eine mittelschwere respektive schwere depressive Episode diagnostizierten. Uneinigkeit besteht sodann betreffend die Arbeitsunfähigkeit: Während Dr. von C.____ von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging, attestierte Dr. E.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und zwar sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Dr. D.____ machte derweil keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.2-3-4). 4. 3

Vorweg zu schicken ist, dass das MEDAS-Gutachten und die entsprechenden Teलगutachten, insbesondere das psychiatrische Teलगutachten von Dr. von C.____ (vgl. E. 3. 3.3), für die Bestimmung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Besagte Gutachten wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind denn auch die Schlussfolgerungen der Gutachter in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Es ist schlüssig dargelegt worden, dass der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2010 die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 60 % zumutbar ist. Insbesondere begründete Dr. von C.____ einleuchtend, dass die Symptomatik der vorhandenen Pathologie in manchen Teilen überwindbar ist. So ist die Einschätzung nachvollziehbar, dass die dysfunktionalen Krankheitsfaktoren prinzipiell angehbar sind und - im vorliegenden Kontext - als überwindbar zu gelten haben, zumal dies im Rahmen der Untersuchung erkennbar war. Dass die thematisierte posttraumatische Belastungsstörung (beziehungsweise die Restfolgen) nicht schweren Grades sind, ist ebenso schlüssig wie die Folgerung, dass die überlagernden histrionischen

Persönlichkeitszüge nicht sämtliche Typika ausweisen und eine Arbeitsfähigkeit durchaus (im Umfang von 60 %) gegeben ist (Urk. 7/70/40-56 S. 14 f.). Das MEDAS-Gutachten respektive die entsprechenden Teलगutachten

erfüllen demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert einer ärztlichen Expertise (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 4.4

An dieser Beurteilung vermögen der von Dr. D.____ (ein knappes halbes Jahr zuvor) verfasste Bericht (vgl. E. 3.2) und das Gutachten von Dr. E.____

(vgl. E. 3. 4) nichts zu ändern. Die Frage , ob die Beschwerdeführerin an einer chroni fizierten posttraumatischen Belastungsstörung oder einer mittelgradigen res pektive schweren Depression leidet, ist vorliegend nicht von massgebender Relevanz. Entscheidend ist vielmehr, ob und wenn ja, in welchem Umfang, es der Beschwerdeführerin aufgrund der Symptomatik zumutbar ist, einer berufli chen Tätigkeit nachzugehen.

Dr. D.____ führte in ihrem Bericht aus, dass sich die grossen Ängste bei der Beschwerdeführerin zurückgebildet hätten und im Zeitpunkt der Untersuchung lediglich noch Ängste auf offener Strasse respektive in kleinen Autos bestün den. Wenn nötig, könne die Beschwerdeführerin diese Ängste jedoch überwin den und schränke sich deswegen in ihren Tätigkeiten nicht ein. Bezüglich des Tagesablaufs der Beschwerdeführerin hielt die Ärztin fest, dass erstere am Vor mittag leichte Hausarbeiten erledige und sich das Mittagessen koche und nach mittags ab und zu Besuch von Bekannten, einzeln oder in Gruppen, empfangen (vgl. E. 3. 2). Diese Schilderungen zeigen, dass die Beschwerdeführerin die bei ihr noch vorliegenden Ängste zumindest teilweise zu überwinden ver mochte und trotz

gewisser

Labilitäten und Veränderungen in der Stimmung eine Tages struktur aufw ies und regelmässig soziale Kontakte pflegt e .

Ein ähnliches Bild ergibt sich aufgrund der Ausführunge n im Gutachten von Dr. E.____ . Betreffend den Tagesablauf hielt Dr. E.____ fest, dass die Beschwerdeführerin nach dem Aufstehen ihren Hund füttere und anschliesse nd einen Spaziergang m ache. Sie pflege zudem Kontakte zur Kirche und besuche zweimal pro Monat den Kirchenchor (vgl. E. 3.4). In Anbetracht dieser Ausführungen und des Umstands, dass die Beschwerdeführerin für län gere Dauer zu verreisen in der Lage ist (Urk. 8/70/1-39 S. 1) , ist die von Dr. E.____ festgestellte schwere depressive Störung samt 100%ige r Arbeits unfähigkeit wenig nachvollziehbar insbesondere, weil jegliche k r i t ische Beleuchtung dieser Umstände fehlt . Der Hinweis von Dr. E.____ , die Beschwerdeführerin pflege nur auf Wunsch der Kinder soziale Kontakte, ändert nichts an dieser Beurteilung. Vielmehr zeigt es die Fähigkeit der Beschwerde führerin, eine allfällig noch bestehende Phobie vor Menschen zu überwinden. Bei der von Dr. E.____ erwähnten Angst vor dem Umzug in eine neue Wohnung respektive dem Auszug der Kinder handelt es sich zudem um Fakto r en , welche einer Arbeitsfähigkeit nicht entgegensteh en und bei der Beurteilung des Invaliditätsgrad es nicht von Bedeutung

sind . Dr. E.____ beschrieb den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin in mancher Hinsicht negativer als

Dr. von C.____ und Dr. D.____ . Das Gutachten von Dr. E.____ nannte indessen keine (nachvollziehbaren) Gründe für diesen unt erschiedlichen Beschrieb, zumal sich das Befinden der Beschwerdeführerin gemäss den Aus führungen von

Dr. E.____ seit dem 1. Juli 2010 nicht wesentlich verändert habe (Urk. 8/115 S. 24). Auch wenn eine kulturell bedingt fehlende Krank heitseinsicht (Urk. 8/115 S. 13) durchaus nachvollziehbar erscheint, fehlt doch eine schlüssige Begründung, weshalb die im Privatleben durchaus aktive Beschwerdeführerin gar keiner Arbeit mehr nachgehen können soll. 4. 5

Im Lichte der obigen Erwägungen ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten respek tive

die entsprechenden Teilgutachten erstellt, dass der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit ab März 2011 zumutbar ist. 5.

5.1

Die Beschwerdegegnerin ist in ihrer Verfügung vom 19. Dezember 2013 (Urk. 2) von einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 55 % und einem Anteil im Aufgabenbereich von 45 % ausgegangen, was nicht zu beanstanden ist und von der Beschwerdeführerin zudem ausdrücklich anerkannt wurde (Urk. 1 S. 8 Ziff. 7.4). 5.2

5.2.1

Strittig ist demgegenüber die Einschränkung im Aufgabenbereich, namentlich von 41 % ab März 2011. Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) diesbezüglich geltend, die Einschränkung betrage aufgrund ihres psychischen Zustands 100 %. Zudem seien ihre Kinder im November respektive Dezember 2013 aus dem Haus ausgezogen und sie wohne seit Januar 2014 ohne Kinder in einer Wohnung. Entsprechend könne entgegen der Verfügung vom 19. Dezember 2013 nicht mehr auf die Mitwirkung der Kinder im Haushalt

abgestellt werden (S. 8 f.). 5.2.2

Der Einwand bezüglich der Unterstützung der Kinder ist nur insofern zutreffend, als er den Auszug der Tochter betrifft, welcher vor dem Erlass der Verfügung am 19. Dezember 2013 (Urk. 2) erfolgte. Für die Beurteilung des Invaliditätsgrades massgebend sind die Verhältnisse bis zum Abschluss des Verfahrens (Verfügung vom 19. Dezember 2013; Urteil des Bundesgerichts 9C_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 1.1), weshalb der Auszug des Sohnes am 28. Dezember 2013 noch nicht zu berücksichtigen war. Damit ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bis zum Verfügungserlass auf die Mithilfe jedenfalls des Sohnes zurückgreifen konnte. 5.2.3

Die Abklärungsperson splittete ihre Einschätzung im Bericht vom 28. März 2013 (Urk. 8/97) in zeitlicher Hinsicht auf und nannte die jeweiligen Werte für die Periode nach dem Unfall bis zur von den MEDAS-Gutachtern erwähnten Verbesserung der Situation am 30. Juni 2010 sowie für die anschliessende Periode. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass eine Verbesserung der Verhältnisse erst per März 2011 erstellt ist und sich die Angaben auf das aktuell Gesehene zu beschränken haben. Zurückliegende, aus medizinischen Gründen abweichende Einschätzungen hätten allenfalls Beweiskraft, wenn sie von einem Mediziner begründet dargelegt würden, nicht aber wenn sie - unbegründet - von einer Nichtmedizinerin einfach formularartig genannt werden. In diesem Sinne sind die Angaben der Abklärungsperson zu relativieren und es sind ihre Angaben ab 1. Juli 2010 ab dem Zeitpunkt nach der ausgewiesenen Besserung, mithin ab März 2011, zu verwenden. 5.2.4

Die Abklärungsperson errechnete eine Einschränkung im Haushalt von gesamt haft 41 % (S. 9), welche - ausser mit den (irrelevanten) Veränderungen der Wohnsituation - nicht substantiiert bestritten wurde (Urk. 1 S. 8 f.). Hierzu besteht auch kein Anlass: Die Abklärungsperson bezeichnete unter Rücksprache mit der Beschwerdeführerin die Aufgabenbereiche in Prozenten und legte detailliert die jeweiligen Einschränkungen dar, wobei sie in der Haushaltsführung keine Einschränkung ersah und in den übrigen Bereichen von Einschränkungen zwischen 20 % (Einkauf) und 100 % (Verschiedenes; namentlich Pflege des Gartens) ausging. Dies ist nachvollziehbar und schlüssig.

Dass eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen besteht, wie dies die Beschwerdeführerin nunmehr auch für den Haushaltbereich vor bringt (Urk. 1 S. 8 f.), trifft nach dem oben Gesagten nicht zu. Die MEDAS-Gutachter äusserten sich diesbezüglich nicht explizit, hielten aber generell eine angepasste Tätigkeit für zumutbar mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 40 % (Urk. 8/70/1-39 S. 36). Damit nannten sie einen praktisch identischen Wert wie die Abklärungsperson, was insofern überzeugt, als im Haushalt schwerere Tätigkeiten anfallen, welche zu einer höheren Einschränkung führen, die zeitliche Verteilung der übrigen Aufgaben indes flexibel gestaltet werden kann.

5.3

Nach dem Gesagten

beträgt die Einschränkung im Aufgabenbereich ab März 2011 41 % . 6 .

6.1

Die erwerblichen Auswirkungen und jene im Aufgabenbereich ergeben nach Ablauf der Sechsmonatsfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (per 1. Oktober 2009 bei Anmeldung im April 2009) eine Einschränkung von über 70 % (100 % im mit 55 % gewichteten Erwerbsbereich [= 55 %] sowie mindestens 41 % im mit 45 % gewichteten Haushaltbereich [= 18.45 %]). Damit hat die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2009 Anspruch auf die zugesprochene ganze Rente der Invalidenversicherung. 6.2 6.2.1

Zu prüfen bleiben die Verhältnisse nach der Verbesserung des Zustandes im März 2011. 6.2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf das Einkommen ab, welches die Beschwerdeführerin als Reiseleiterin gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE, TA1, Ziff. 93 Anforderungsniveau 4) erzielt hätte. Dies wurde von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. So war die Beschwerdeführerin bei der AHV seit 2002 als Nichterwerbstätige gemeldet (Urk. 8/57-58) und ist erst ab Januar 2008 ein im IK-Auszug (Urk. 8/57) noch nicht erfasstes, regel mässiges Einkommen (zwischen Fr. 1'500.-- und Fr. 2'000.-- pro Monat) ausgewiesen, wobei diese Anstellung nach dem Unfall nicht weitergeführt wurde (Urk. 8/90-91).

Das Einkommen gemäss LSE 2010 beträgt Fr. 4'127.--, was aufgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 88 Tabelle B 9.2 Rubrik R) und angepasst an die Nominallohnentwicklung (Index 2579 auf Index 2604 ; Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S.

89 Tabelle B 10.3) sowie unter Berücksichtigung des 55%-Pensums ein Valideneinkommen von Fr. 28'602.-- ergibt. 6.2.3

Zur Berechnung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik ab , ging aber vom Durchschnitt über alle Branchen (Niveau 4) aus (Urk. 8/98 und Urk. 2). Dies ist ebenfalls nicht zu beanstanden, steht der Beschwerdeführerin doch - im Rahmen der Zumutbarkeit - der gesamte Stellenmarkt offen. Ausgehend von einem statistischen Lohn von Fr. 4'225.-- und aufgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 88 Tabelle B 9.2) sowie angepasst an die Nominallohnentwicklung (Index 2579 auf Index 2604, Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 89

Tabelle B 10.3) sowie unter Berücksichtigung des 55%-Pensums ergibt sich ein mögliches Einkommen von Fr. 29'281.--. Ob der Abzug vom Tabellenlohn von 5 % (Urk. 8/98 S. 2) angesichts der massiven Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand ermessensmissbräuchlich ist und deshalb zu korrigieren wäre, kann offen bleiben. Denn selbst beim (vorliegend nicht gerechtfertigten) maximalen Abzug von 25 % ergäbe sich kein abweichendes Resultat (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Diesfalls resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 21'961.-- (Fr. 29'281.-- x 0.75). 6.2.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 28'602.-- mit dem Invalideneinkommen (von mindestens Fr. 21'961.--) ergibt eine Lohnnebenbusse von Fr. 6'641.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 23 %. 6.2.5

Gewichtet mit dem Erwerbsanteil von 55 % resultieren damit ein Invaliditätsgrad von (höchstens) 12.65 % im Erwerbsbereich und ein solcher von 18.45 % (41 % gewichtet zu 45 %) im Haushaltbereich. Der Gesamtinvaliditätsgrad liegt damit jedenfalls unter der Schwelle von 40 %. Die Beschwerdeführerin hat demnach unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Juli 2011 kein Anrecht mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung. 6.3

Zusammenfassend steht fest, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2009 zu Recht eine ganze Rente zugesprochen hat, die Befristung jedoch bis 30. Juni 2011 zu dauern hat. In diesem Sinn ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 7.

7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen.

Gemäss der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) war die ursprünglich festgesetzte ganze Rente bis 30. September 2010 befristet (Verfügungsteil 2, S. 5). Nachdem die Beschwerdeführerin die Zusprache einer unbefristeten Rente über den 1. Juli 2010 verlangt hat (Urk. 1 S. 2), die Befristung der Rente indessen bis 30. Juni 2011 zu dauern hat (vgl. E. 6.3), unterliegt sie im hiesigen Verfahren in einem wesentlichen Umfang. Entsprechend sind die Gerichtskosten zu drei Vierteln der Beschwerdeführerin und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, wobei die der Beschwerdeführerin auferlegten Kosten zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 12) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen sind. 7.2

Unter Berücksichtigung ihres Unterliegens (vgl. E. 7.1) steht der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung zu (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer), welche direkt dem unentgeltlichen Rechtsvertreter Dr. Daniel Richter zuzusprechen ist.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin machte mit Honorarnote vom 6. Mai 2015 (Urk. 14) einen Aufwand von 10,65 Stunden und Barauslagen von Fr. 184.23 geltend. Die Honorarnote führt dabei ein

„ Schreiben an Sozialhilfe Diessenhofen “ vom 12. Juni 2014 sowie einen „Brief an Klient/Klientin“ vom 13. Oktober 2014 auf. Ein Zusammenhang zwischen diesen Schreiben und dem hiesigen Gerichtsverfahren ist nicht ersichtlich, weshalb von einem Aufwand von 10,15 Stunden auszugehen ist. Unter Berücksichtigung eines pra

xisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (für Aufwand bis 31. Dezember 2014) respektive Fr. 220.-- (für Aufwand ab 1. Januar 2015) und unter Hinweis auf die praxismässige Entschädigung von Fr. 0.50 pro Kopie, wobei ein Zusammenhang der Barauslagen vom 12. Juni, 18. August und 20. Oktober 2014 zu diesem Verfahren nicht ersichtlich ist und eine Entschädigung deshalb ausser Betracht fällt, ist die Beschwerdegegnerin daher zu verpflichten, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 572.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang von Fr. 1'716.65 (inkl. Barauslagen und MWSt) ist er aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Dezember 2013 insofern abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2009 bis 30. Juni 2011 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden zu drei Vierteln der Beschwerdeführerin und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die der Beschwerdeführerin auferlegten Kosten von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der kostenpflichtigen Beschwerdegegnerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter, Zürich, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 572.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter, Zürich, mit Fr. 1'716.65 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 14/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

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