

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00723 vom 26. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00723

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00723 du 26 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00723 del 26 novembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art.

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.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 19. Juni 2014 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 4. Juli 2014 Beschwerde mit dem Antrag auf deren Aufhebung und Zusprache einer halben Rente ab 1. September 2008 (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. September 2014 (Urk. 4) beantragte die Beschwerdegegnerin die Ab weisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 12. September 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht

in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid wie folgt (Urk. 2 S. 1 f.): Das Gutachten der Y. ___ vom 24. November 2009 entfalte keine Bindungswirkung, da es im Auftrag der Unfallversicherung erstattet worden sei. Die aktuelle Begutachtung habe einzig eine mittelgradige depressive Episode ergeben, was nicht invalidisierend sei. Die Beschwerdeführerin sei in der ange stammten wie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Die Depression sei überwindbar.

E. 2.3

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, nur noch zu 50 % arbeitsfähig zu sein. Die Abklärungen der Beschwerdegegnerin hätten sich massiv in die Länge gezogen und es seien immer wieder andere Annahmen getroffen worden. Sie sei als voll Erwerbstätige zu qualifizieren. Die Beschwerdegegnerin habe sich widersprüchlich und rechtsverzögernd verhalten. Fachärztlich werde eine eigenständige, vom Schmerzerleben losgelöste psychische Störung diagnostiziert, welche invalidisierend und nicht anhand der Förster-Kriterien zu beurteilen sei. Der Einkommensvergleich ergebe Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 1 S. 2 ff.). 3. 3.1

Zuhanden der Unfallversicherung wurde ab dem Unfalldatum vom

5. September 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 % attestiert (vgl. Urk. 5/6/3). 3.2

Vom 20. März bis 16. April 2008 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Klinik Z. ___ auf. Mit Austrittsbericht vom 3. Juli 2008 (Urk. 5/6/11) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - cervicocephales und - spondylogenes Syndrom beidseits rechtsbetont bei HWS-Distorsion am 5. September 2007 - Wirbelsäulenfehlform mit Beckenschiefstand links, Überlastungsbeschwerden, leicht S-förmige Skoliose, deutlicher thorakaler Flachrücken und cervikale Streckhaltung - Fehlhaltung mit muskulärer Insuffizienz - unklare Hyposensibilität Dig. IV und V und Vorderarm links - bildgebend diskrete Diskushernie mediolateral rechts C5/6 und winzige mediane Diskushernie C6/7, ansonsten Normalbefund - leichte vegetative Begleitsymptomatik - ungünstige Faktoren: Tod der Mutter November 2007 und komplizierte Thrombose Januar 2008 mit protrahierter Wundheilungsstörung bis März 2008, rezidivierende depressive Episoden - Status nach 4-Etagen-Venenthrombose links am 6. Januar 2008 mit protrahierter Wundheilungsstörung, inzwischen verschlossen - rezidivierende Refluxbeschwerden Während des Aufenthaltes und zwei Wochen danach bestehe volle Arbeitsunfähigkeit. Anschliessend sollte eine Arbeitsaufnahme von 20 bis 30 % möglich sein, die im Verlauf auf 40 bis 50 % gesteigert werden könne, was aber durch die nachbehandelnde Ärztin festzulegen sei (S. 2). 3.3

Mit Bericht vom 27. August 2008 (Urk. 5/6/4-6) stellte Dr. med. A. ___ , Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, folgende Diagnosen (S. 1): - cervicocephales und cervicospondylogenes Syndrom rechtsbetont bei - Status nach Auffahrunfall am 5. September 2007 - Wirbelsäulenfehlform: Beckenschiefstand links, dekompenzierte S-förmige Skoliose, Abflachung der Brustwirbelsäule (BWS) Kyphose - Wirbelsäulenfehlhaltung: muskuläre Dysbalance - unklare C8-Symptomatik links,

bildgebend nicht erklärbar - bildgebend kleine Diskushernie C5/6 mediolateral rechts, C6/7 win zige mediane Diskushernie - Status nach tiefer Beinvenenthrombose am 6. Januar 2008, operiert am 8. Januar 2008 mit und bei - Wundinfekt, zur Zeit noch vorhanden Die Beschwerdeführerin berichte über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schmerzen und hie und da wieder eine schwere depressive Symptomatik. Der Befund habe eine deutlich verminderte Beweglichkeit der ganzen Halswirbelsäule, Druckdo lenzen , einen ausgeprägten Hypertonus der Schultergürtel- und Nackenmusku latur mit entsprechenden Triggerpunkten und eine leichte Einschränkung der Schult erbeweglichkeit ergeben (S. 2). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit verwies Dr. A. ___ auf ihre Beurteilung vom 2 7. Juni 2008 (Urk. 5/6/7-8), worin sie ausgeführt hatte, dass die nach dem Reha-Aufenthalt anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit durch die weiterhin stark vorhandenen Beschwerden und die begleitende Depression, die Müdigkeit und die Kopfschmerzen bedingt gewesen sei, weshalb man eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab 1 9. Mai 2008 beschlossen habe. Im Verlauf könne mit einer langsam sich steigernden Zunahme der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (S. 2). Im Moment würde auch in einer optimal angepassten Tätigkeit keine höhere Ar beitsfähigkeit bestehen (S. 3). 3.4

Lic . phil. B. ___ , Fachpsychologe für Klinische Psychologie und Psychothera pie, diagnostizierte mit Bericht vom 2 4. November 2008 (Urk. 5/12/13-14) eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen wie Ängstlichkeit und Wut, eine depressive Episode mittleren Schweregrades und einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 2). 3.5

Dr. A. ___ beurteilte mit Bericht vom 1 9. Dezember 2008 (Urk. 5/12/7-9) die bishe rigen Diagnosen als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend (Ziff. 1.1) und er achtete die bisherige Tätigkeit für vier bis fünf Stunden wöchentlich zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei seit 1 9. August 2008 zu 12.6 Stunden wöchentlich zumutbar (Urk. 5/12/6). 3.6

L ic . phil. B. ___ stellte mit Bericht vom 1 0. April 2009 (Urk. 5/22) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Ge fühlen - depressive Episode leichten bis mittleren Schweregrades - somatoforme Schmerzstörung Als Hauswartin sei die Beschwerdeführerin vom 1 6. April bis 3 1. Dezember 2008 zu 50 % und seit 1. September 2009 zu 25 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). 3.7

Eine bildgebende Untersuchung des Schädels vom 6. März 2009 ergab altersent sprechende normale Verhältnisse (Urk. 5/23/11). 3.8

Dr. A. ___ ging mit Bericht vom 2 1. April 2009 (Urk. 5/23/7-10) bei im wesentli chen unveränderter Diagnose ab Februar 2009 von einer 50%igen Arbeitsfähig keit der Beschwerdeführerin in der angesta mnten Tätigkeit aus (Ziff. 1.6), was mindestens bezüglich der leichten Arbeiten im weiteren Verlauf noch gesteigert werden könne (S. 1 lit . b). Die Beschwerdeführerin sei kaum belastbar und im Moment schwer depressiv. Die bisherige Tätigkeit sei noch für vier Stunden täglich zumutbar (Ziff. 1.7). 3.9

Am 2 4. November 2009 (Urk. 5/26) erstatteten die Fachärzte der Gutachterstelle Y. ___ im Auftrag der Unfallversicherung ihr polydisziplinäres (neuropsychiat risch , rheumatologisch, radiologisch und neurologisch) Gutachten und stellten folgende Diagnosen (S. 25): - chronisches rechtsbetontes zervikovertebrales , zervikozepales und zervi kobrachiales Schmerzsyndrom - geringgradige

mediolaterale

Diskusprotrusion C5/6 rechts - diskrete mediane Diskusprotrusion C6/7 - muskuläre Dysbalance der Nacken-Schultermuskulatur - keine Hinweise auf Neurokompression - Status nach HWS-Distorsion am 5. September 2007 bei Frontalkollision - chronisch rezidivierende Kopfschmerzen vom Spannungstyp - mit migräniformer Komponente - rezidivierende depressive Störung (chronische Depression) - aktuell primär durch Reizbarkeit geprägt, leicht, höchstens mittel schwer, mit möglichem somatischem Syndrom; differentialdiagnostisch Anpassungsstörung mit depressiven Affekten und gemischter Beeinträchtigung der Gefühle - chronisch venöse Insuffizienz des linken Beins - Status nach tiefer Venenthrombose der V. femoralis links mit Stent einlage - Status nach Thrombektomie der V. femoralis links mit Stenteinlage - rezidivierendes Thorako-Lumbovertebralsyndrom - aktuell weitgehend symptomfrei - geringgradige S-Skoliose (thorakal rechts-, lumbal linkskonvex) - leichte degenerative Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin zu etwa 50 % in der angestammten Tätigkeit, wobei sie auf die Mithilfe ihres Ehemannes und ihres Sohnes angewiesen sei (S. 15). Unfallkausal bestehe keine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich oder in einer anderen beruflichen oder häuslichen Aktivität (S.

38). Auf entsprechende Rückfrage durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 5/27) führten die Gutachter mit Schreiben vom 28. August 2010 (Urk. 5/35) aus, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab dem Unfallereignis vom 5. September 2007 bis zum 6. Januar 2008 sei vollumfänglich auf den Unfall zurückzuführen gewesen, obschon der Tod der Mutter der Beschwerdeführerin im Oktober 2007 gemäss der behandelnden Rheumatologin Dr. A. ___ zusätzlich eine depressive Episode ausgelöst habe. Dr. A. ___ habe eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab 1. November 2008 und eine Arbeitsfähigkeit von 40 % ab 7. Januar 2009 attestiert, was sich leider nicht habe realisieren lassen, da am 6. Januar 2008 die Thrombose aufgetreten sei. Der anschliessende Wundinfekt habe auch die stationäre Rehabilitation verzögert. Bei Austritt aus der Rehaklinik sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende April 2008 und ab 1. Mai 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % attestiert worden, was dann tatsächlich ab 19. Mai 2008 mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % habe umgesetzt werden können. Laut Dr. A. ___ habe ab 2. Februar 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als Hauswartin und Raumpflegerin bestanden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe die effektive Arbeitsfähigkeit als Hauswartin weiterhin 50 % betragen, wobei die Beschwerdeführerin angegeben habe, zur praktischen Umsetzung dieses Pensums auf die Mithilfe ihrer Familie angewiesen zu sein (S.

1

f.). Faktoren, welche die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hauswartin und Raumpflegerin beeinträchtigten, seien einerseits die leichten degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, die leichte Fehlstatik der gesamten Wirbelsäule und die muskuläre Dysbalance insbesondere von Nacken und Schultergürtel, andererseits die chronisch venöse Insuffizienz des linken Beines nach tiefer Beinvenenthrombose sowie die mittelschwere Depression. Dabei handle es sich um unfallfremde Faktoren. Die Tätigkeit als Hauswartin beinhalte in fast idealer Weise Wechselbelastungen. Eingeschränkt seien allen falls Tätigkeiten, die längeres Stehen (mehr als 15 Minuten) und das repetitive Heben von Gewichten über 10 kg auf Tischhöhe oder über 5 kg auf Schulterhöhe beinhalteten. Unter Einhaltung dieser Limiten sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit 60 % arbeitsfähig. Die Einschränkungen im Haushalt seien prinzipiell dieselben, wobei

längeres Stehen wie beispielsweise beim Bügeln praktisch unvermeidlich sei. Die genaue Quantifizierung der Einschränkungen im Haushalt habe allenfalls durch eine darauf spezialisierte Institution zu erfolgen (S. 2 f.). Eine Verweistätigkeit, die eine höhere Arbeitsfähigkeit erlauben würde, sei in Anbetracht der schulischen Voraussetzungen nicht denkbar. Eine nur stehende und gehende Tätigkeit komme wegen der Beinproblematik nicht in Frage; eine nur sitzende Tätigkeit dürfe keinen monotonen Bewegungsablauf beinhalten, da sonst die Wirbelsäulenproblematik verstärkt werden könne. In Anbetracht dieser zusätzlichen Einschränkungen sei es realitätsfern, eine Verweistätigkeit zu definieren, welche eine höhere Arbeitsfähigkeit beinhalten würde (S. 3). 3.10

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 9. September 2013 (Urk. 5/76) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 8). Die Beschwerdeführerin befinde sich seit 2011 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung (S. 5). Zu ihrem Tagesablauf teile sie mit, noch an zwei Arbeitsstellen tätig zu sein. Ansonsten versuche sie, etappenweise ihren Haushaltstätigkeiten nachzugehen, wobei schwere Tätigkeiten nicht mehr möglich seien. Ab und zu erledige sie kleine Einkäufe selbst. Sie gehe regelmässig zur Physiotherapie. Längere Spaziergänge unternehme sie nicht, weil sie Angst habe, plötzlich wieder starke Kopfschmerzen zu haben. Kontakte mit früheren Freunden meide sie, sie fühle sich seit dem Unfall lärmempfindlich und weniger belastbar und habe oft keine Lust, andere Leute zu treffen. Hingegen schätze sie die Kontakte innerhalb der eigenen Familie und zu den Geschwistern (S. 5 unten f.). Während der Untersuchung sei es schon bald zu affektlabilen Einbrüchen gekommen, welche sich während der Untersuchung mehrfach wiederholten, so dass die Grundstimmung insgesamt als mittelgradig depressiv imponiert habe (S. 7 unten). Dr. C.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin berichte über affektive Beschwerden, welche die Kardinalkriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode sehr gut erfüllten. Das Ausmass und die Intensität dieser Beschwerden wie auch der Umstand, dass sie über die meiste Zeit während der Woche persistierten, wiesen auf eine mittelgradige Ausprägung hin. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem inneren Antrieb immer wieder deutlich beeinträchtigt, müde, psychisch wenig belastbar und müsse viel Aufwand betreiben, um einzelnen Alltagsaktivitäten nachzugehen. Die subjektiven Angaben stünden in sehr hoher Kongruenz zu den objektiven Untersuchungsbefunden (S. 9 f.). Für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestünden keine Hinweise. Die beklagten Beschwerden würden den typischen Folgebeschwerden einer HWS-Distorsion entsprechen (S. 10). Die mittelgradige depressive Episode führe zu qualitativen Funktionseinbussen von 50 % . Insgesamt bestünden die Beschwerden seit dem Unfall anhaltend und seien anscheinend weitgehend therapierefraktär . Die Beschwerdeführerin stehe nirgends mehr in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung (S. 11). In der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungszeitpunkt . Da die Beschwerdeführerin aber berichte, dass sie bereits unmittelbar nach dem Unfall psychisch dekompenziert sei , könne rein theoretisch das Unfalldatum als Beginn dieser Arbeitsfähigkeit herangezogen werden. Man könne sich aber auch an der Aktenlage orientieren, wo erstmals am 16. April 2008 über eine depressive Störung berichtet werde (S. 11 f.) . Die Beschwerdeführerin sollte sich wieder in psychiatrische Behandlung begeben. Auch eine antidepressive Medikation müsse ebenfalls dringend diskutiert werden, da sie aktuell ungenügend behandelt werde. Ob dies erfolgversprechend sei, sei nicht sicher, aber es sollte nichts unversucht gelassen werden (S. 12). Es handle sich um eine eigenständige, vom Schmerzerleben losgelöste, unterdessen

autonomisierte psychische Störung (S. 14 unten). 3.11

Dr. med. D.____, Fachärztin für Innere Medizin speziell Rheumaerkrankungen, stellte in ihrem Gutachten vom 17. September 2013 (Urk. 5/80) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (S. 81): - Hyperthyreose (Erstdiagnose Juli 2013) - Vitamin-D-Mangel - Status nach 4-Etagen-Venenthrombose links am 6. Januar 2008 mit - Thrombektomie und intraoperativer Thrombolyse am 8. Januar 2008 mit inguinaler Wundheilungsstörung und - Re-Thrombosierung mit Stenteinlage am 16. Januar 2008 - Status nach Frontalbeziehungsweise frontalseitlicher Kollision am 5. September 2007 Ausser Übergewicht sei kein wesentlicher klinischer Befund vorhanden. Die Brust- und Lendenwirbelsäule seien normal beweglich. Bei der direkten Untersuchung zeige sich eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, was sich unter Ablenkung normalisiere. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Die ganze Muskulatur sei nirgends verspannt, insbesondere sei auch die Nackenmuskulatur locker. Trotz des Übergewichts bestehe eine Muskelmasse von 40%, was exakt dem Normwert entspreche. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Bildgebend lägen normale Befunde vor. Das Ausmass der Beschwerden könne durch die vorhandenen Befunde nicht erklärt werden. Die Beschwerdeführerin könne sämtliche Tätigkeiten zu 100%

ausüben (S. 82). Es habe nie eine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 84). Zu früheren ärztlichen Einschätzungen hielt Dr. D.____ fest, dass die von Dr. A.____ gestellten Diagnosen eines Beckenschiefstands links, einer dekompensierten S-förmigen Skoliose und einer Abflachung der Brustwirbelsäulen-Kyphose falsch seien, wie eine aktuelle Untersuchung zeige (S. 86).

3.12

Aus interdisziplinärer Sicht habe die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und wirke sich im Umfang von 50% bezogen auf ein 100%-Pensum aus. Dies gelte seit 5. September 2013 (Urk. 5/83). 4. 4.1

Es ist zunächst die Qualifikation der Beschwerdeführerin zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin

ging im Verlauf des Verfahrens zunächst von einem Anteil von 40% Erwerbs- und 60% Haushaltstätigkeit aus (Abklärungsbericht vom 7. Juni 2010; Urk. 5/31 S. 1). In der Folge korrigierte dies die Abklärungsperson am 13. Oktober 2011 auf einen Anteil von 46.5% Erwerbs- und dementsprechend 53.5% Haushaltstätigkeit und hielt am 12. April 2012 daran fest

(vgl. Urk. 5/93/2). In den Akten befindet sich aber

ein später erstellter Einkommensvergleich vom 31. Oktober 2012 (Urk. 5/90), worin von dieser Aufteilung abgewichen und neu eine Qualifikation als Vollerwerbstätige vorgenommen wurde, da aufgrund der Einkünfte gemäss IK-Auszug verglichen mit den Werten der Lohnstrukturerhebungen (LSE) von einem vollen Pensum auszugehen sei; das real abgerechnete Einkommen gemäss IK-Auszug sei deutlich höher als das 100%-Einkommen gemäss LSE. Dies erscheint als zutreffend, zumal die Kinder der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalles 2007 beziehungsweise ein Jahr später bereits in einem Alter (20, 16 und 10 Jahre alt) waren, das eine volle Erwerbstätigkeit der

Mutter erlaubt hätte. Somit ist von voller Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall auszugehen.
4.2

Im Anschluss an den am 5. September 2007 erlittenen Unfall bestand eine Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 100 % (vgl. Unfallschein; Urk. 5/6/3), was ab 6. Januar 2008 vorübergehend auch auf eine tiefe Beinvenenthrombose und die anschliessende Wundheilungsstörung zurückzuführen war. Diese Erkrankung wirkte sich in der Folge nach Lage der Akten jedoch nicht nachhaltig auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, denn gemäss fachärztlicher Beurteilung sind für diese Beeinträchtigung nur jährliche Kontrollen vorgesehen und bei langem Sitzen wie einer Fahrt in die Ferien sind einzig Instruktionen bezüglich Kompressionstherapie und Mobilisation zu beachten (vgl. Urk. 5/9/7). Auch wurde in der Folge die Arbeitsunfähigkeit nicht auf die HWS-Distorsion, sondern auf andere Beschwerden zurückgeführt, weshalb die entsprechende Rechtsprechung (BGE 136 V 279) nicht zur Anwendung kommt. 4.3

Dr. A. ___ ging vorerst von einer hohen Arbeitsunfähigkeit infolge der deutlich verminderten Beweglichkeit der Halswirbelsäule, Druckdolenzen, einem ausgeprägten Hypertonus der Schulter- und Nackenmuskulatur und einer leicht eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sowie infolge der

Depression, der Müdigkeit und der Kopfschmerzen aus. Es sei aber mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (vgl. vorstehend E. 3.1). Ab 19. August 2008 erachtete Dr. A. ___ die bisherige Tätigkeit während vier bis fünf Stunden und eine behinderungsangepasste Tätigkeit während 12.6 Stunden wöchentlich für zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.3), was einer Arbeitsfähigkeit von rund 33 % entspricht. Aus psychischer Sicht schätzte lic. phil. B. ___ ab 1. September 2009 die angestammte Arbeitsunfähigkeit auf 25 % (vorstehend E. 3.4). Es ist somit davon auszugehen, dass nach Ablauf des Wartejahrs im September 2008 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von über 40 % bestand (vgl. vorstehend E. 1.3). Ab Februar 2009 erachtete Dr. A. ___ die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als zu 50 % eingeschränkt

(vorstehend E. 3.6). Eine polydisziplinäre und damit umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde mit dem Gutachten der Y. ___ vom 24. November 2009 vorgenommen, wenn auch zunächst einzig im Hinblick auf unfallkausale Einschränkungen. Im Zeitpunkt dieser Begutachtung arbeitete die Beschwerdeführerin zu 50 % in der angestammten Tätigkeit (vgl. Urk. 5/23 S. 26). Die auf Anfrage der Beschwerdegegnerin vorgenommene Beurteilung aller Beeinträchtigungen ergab, dass die Gutachter auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. A. ___

verwiesen (vgl. vorstehend E.

3.9). Nun sei von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit - die angestammte Tätigkeit sei fast ideal behinderungsangepasst - von 60 % auszugehen, wobei die Einschränkungen durch die degenerativen HWS-Veränderungen, die leichte Fehlstatik der Wirbelsäule, die muskuläre Dysbalance von Nacken und Schultergürtel, die mittelschwere Depression und die venöse Insuffizienz des linken Beines verursacht würden. Ob letzteres sich tatsächlich limitierend auswirkt, erscheint angesichts der Angaben des Venenspezialisten wie vorstehend dargelegt als fraglich. Insgesamt sind jedoch die Angaben der Y. ___ -Gutachter genügend schlüssig begründet, so dass in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung im November 2009 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und im Zeitpunkt der ergänzenden

Beurteilung im August 2010 von 60 % auszugehen ist. Letzteres steht in Übereinstimmung mit der Einschätzung durch

Dr. A.____, wonach eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Im Übrigen ging auch die Beschwerdegegnerin von einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % aus (vgl. den Vorbescheid vom 6. April 2011; Urk. 5/41). Dass dies von der Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht als letzter Stand der Abklärungen betrachtet wurde, ergibt sich auch aus ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2012 (Urk. 5/58) zur Rechtsverzögerungsbeschwerde und den entsprechenden Erwägungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Januar 2013, worin festgehalten wurde, dass es bei der strittigen Frage nur noch darum gehe, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens erwerbs tätig gewesen wäre und heute noch sein würde. So habe denn die Beschwerdegegnerin darauf verzichten können, weitere medizinische Berichte einzuholen

(Urk. 5/64 E. 2.2). 4.4

Somit ergibt sich als Zwischenresultat Folgendes: Die Beschwerdeführerin war nach Ablauf des Wartejahres im September 2008 gemäss den Angaben von Dr. A.____

zunächst noch zu 33 % arbeitsfähig, was einer Arbeitsunfähigkeit von 67 % entspricht. Dies ist, nachdem sich die Beschwerdeführerin im August 2008 zum Leistungsbezug anmeldete, ab 1. Februar 2009 zu berücksichtigen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Ab diesem Zeitpunkt erachtete Dr. A.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.6), welche die Beschwerdeführerin tatsächlich verwerten konnte (vgl. Urk. 5/23 S. 26). Von dieser Arbeitsfähigkeit gingen im November 2009 auch die Y.____-Gutachter aus. Ab August 2010 war gestützt auf deren Beurteilung von einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen, was ab 1. November 2010 zu berücksichtigen ist (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). 4.5

Angesichts des vorstehend Gesagten ist nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Urteil des hiesigen Gerichts vom Januar 2013 - wo eine Rechtsverzögerung (noch) verneint wurde - nochmals medizinische Abklärungen veranlasste: Nachdem die Anmeldung der Beschwerdeführerin bereits im August 2008 erfolgt war und einzig noch Abklärungen zum Validen- und Invalideneinkommen zu tätigen waren und die Beschwerdegegnerin von einem vollständig abgeklärten medizinischen Sachverhalt mit schlüssiger Beurteilung ausging, wäre vielmehr ein Entscheid über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu erwarten gewesen. Unter diesen Umständen stellt sich die Frage, ob mit der erneuten Veranlassung eines Gutachtens nicht eine unzulässige second

opinion eingeholt und das Verfahren dadurch unnötig verzögert wurde. Dies ist jedoch nicht weiter zu prüfen, da die rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin die diesbezügliche Zwischenverfügung vom 11. März 2013 (Urk. 5/67) nicht angefochten hat. 4.6

Die erneute Begutachtung durch Dr. D.____ und Dr. C.____ ergab eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % ab 5. September 2013, wobei die Arbeitsfähigkeit einzig aus psychischen Gründen eingeschränkt sei (vorstehend E. 3.11). Die interdisziplinäre Begutachtung erfolgte in Beachtung der praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4), weshalb dem Gutachten grundsätzlich Beweiswert zukommt. Dr. D.____ vermochte nach Durchführung gründlicher und allseitiger Untersuchungen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

mehr zu stellen und legte schlüssig dar, dass die Gelenke und die Wirbelsäule der Beschwerdeführerin normal beweglich und ihre Muskeln locker seien, und dass sie über eine normalwertige Muskelmasse trotz Übergewicht verfüge, weshalb nicht von einer langdauernden Schonung auszugehen sei. Bildgebend seien normale Befunde vorhanden; das Ausmass der Beschwerden konnte durch die Befunde nicht (mehr) erklärt werden. Dr. D.____ schloss angesichts dieser Untersuchungsergebnisse deshalb aus somatischer Sicht auf eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dies vermag zu überzeugen. 4.7

Demgegenüber erachtete Dr. C.____ die Beschwerdeführerin aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode als lediglich zu 50 % arbeitsfähig, dies in angestammter und angepasster Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin nimmt weder eine psychiatrische noch eine antidepressive Behandlung in Anspruch, sie sei gegen Medikamente (vgl. Urk. 5/81/74 Ziff. 7.4). Aus rechtlicher Sicht gelten selbst mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_673/2012 vom 28. November 2012 E. 3.3). Ein Rentenanspruch kann grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bewirkt werden kann, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor (Urteil 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2 mit Hinweis). Dies folgt aus dem Grundsatz der Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht. Dr. C.____ erachtete denn auch die Aufnahme einer entsprechenden Behandlung bei der Beschwerdeführerin als dringend indiziert.

Es fehlt somit an einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden erst als resistent ausweisen würde (Urteil 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2).

Angesichts dieser Sachlage kann nicht auf die Einschätzung einer lediglich 50%igen Restarbeitsfähigkeit abgestellt werden, zumal Dr. C.____ nicht genügend begründet, warum eine so hohe Arbeitsunfähigkeit dauerhaft bestehen soll. Vielmehr ist bei objektiver Betrachtung der Beschwerdeführerin zumutbar, ihre Arbeitsfähigkeit, unterstützt durch entsprechende konsequente Therapie, in einem vollen Pensum zu verwerten (vgl. zum Ganzen BGE 140 V 193). Somit ist ab 5. September 2013 aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit auszugehen. 5. 5.1

Für den Zeitraum vom 1. Februar 2009 bis 31. Oktober 2010 ist nach dem Gesagten (vgl. vorstehend E. 4.3) ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % und einer vollen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall der Invaliditätsgrad zu berechnen. 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). 5.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Da bei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. E. 3b). 5.3

Die Beschwerdeführerin verdiente gemäss IK-Auszug (Urk. 5/78) vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2007 insgesamt Fr. 47'783.-- im Jahr 2004, Fr. 51'272.-- im Jahr 2005 und Fr. 43'922.-- im Jahr 2006, somit durchschnittlich Fr. 48'904.-- pro Jahr. Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung im Bereich persönliche Dienstleistungen in den Jahren 2007 und 2008 in Höhe von 1.3 % und 2 % (Die Volkswirtschaft, Tabelle B10.2) ergibt sich für das Jahr 2008 ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 50'530.-- (Fr. 48'904.-- x 1.013 x 1.02). Nachdem die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen von Fr. 52'513.65 ausging (vgl. Urk. 5/90), ist zugunsten der Beschwerdeführerin von diesem Betrag (mithin rund Fr. 52'514.--) auszugehen. 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Obwohl die Beschwerdeführerin gemäss IK-Auszug in den Jahren 2008 und 2009 weiterhin Einkommen erzielte, ist für die Berechnung des Invalideneinkommens auf die statistischen LSE-Werte im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten abzustellen, da diese die aus medizinischer Sicht zumutbaren Erwerbsmöglichkeiten genauer abzubilden vermögen: Es ist nicht anzunehmen, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit mit den wenigen (vgl. den IK-Auszug; Urk. 5/78) weiterhin ausgeübten Tätigkeiten in zumutbarer Weise voll ausschöpft, weshalb der tatsächlich erzielte Verdienst nicht als Invalidenlohn heranzuziehen ist (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

5.5

Der im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Lohn betrug im Jahr 2008 Fr. 4'116.-- pro Monat (LSE 2008, Tabelle TA1, Total, Niveau 4) und somit Fr. 49'392.-- pro Jahr (Fr. 4'116.-- x 12). Angepasst an

die seit 2008 übliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (www.bfs.ch) ergibt dies einen Jahreslohn von rund Fr. 51'368.-- (49'392.-- : 40 x 41.6). Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ergibt sich ein Betrag von rund Fr. 25'684.--. Für einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn besteht kein Anlass, denn den Einschränkungen der Beschwerdeführerin wurde mit der Annahme einer Teilzeitarbeitsfähigkeit - die sich ohnehin erfahrungsgemäss bei Frauen lohn erhöhend auswirkt - Genüge getan. 5.6

Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von

Fr. 52'514.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 25'684.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 26'830.-- und damit einen Invaliditätsgrad von 51 %. Damit hat die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2009 bis 31. Oktober 2010 Anspruch auf eine halbe Rente. 5.7

Von November 2010 bis August 2013 bestand eine Restarbeitsfähigkeit von 60 %, womit das Invalideneinkommen auf Fr. 30'821.-- festzusetzen ist (Fr. 51'368.-- x 0.6). Die Erwerbseinbusse beträgt somit Fr. 21'693.-- was einen Invaliditätsgrad von 41.3 oder gerundet 41 % und damit einen Anspruch auf eine befristete Viertelsrente ergibt. Ab September 2013 ist von voller Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen, womit kein Rentenanspruch mehr besteht. Die angefochtene Verfügung ist somit aufzuheben, was zur Gutheissung der Beschwerde führt. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) sowie beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich MWSt) ermessensweise auf Fr. 4'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Juni 2014 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2009 bis 31. Oktober 2010 Anspruch auf eine halbe Rente und vom 1. November 2010 bis 31. August 2013 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

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

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