

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01220 vom 11. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01220

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01220 du 11 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01220 del 11 maggio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Die rechtlichen Grundlagen und Grundsätze betreffend den Leistungsanspruch und die Invaliditätsbemessung (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sowie die intertemporal massgeblichen Bestimmungen sind im

vorangegangenen Gerichtsurteil bereits umfassend wiedergegeben worden (Urk. 2/10 E. 1.1 bis E. 1.7). Darauf kann, mit der nachfolgenden Ergänzung, verwiesen werden.

E. 1.2

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 Vorakten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3b/aa mit Hinweisen).

E. 1.3

In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS F.____ (vgl. da zu F.____-Gutachten vom 22. Februar 2011, Urk. 2/8/136) und stellte auf dieser Basis die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 2/8/140). Nach erfolgten Einwendungen (vgl. Urk. 2/8/144 und Urk. 2/8/146) mit Auflage verschiedener Berichte (Urk. 2/8/145) und eines psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ vom 31. August 2012 (Urk. 2/8/161), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 2/8/165) bei einem Invaliditätsgrad von 24 % einen Rentenanspruch.

Die dagegen gerichtete Beschwerde (Urk. 2/1) mit dem Hauptantrag, es sei mit Wirkung ab 1. September 2006 eine ganze Invalidenrente auszurichten, wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts IV.2013.00583 vom 28. November 2013 abgewiesen (Urk. 2/10). Dieses Urteil hob das

Bundesgericht

am 29. Oktober 2014 in teilweiser Gutheissung auf und wies die Sache ans hiesige Gericht zurück, damit es zur umfassenden Klärung der vorhandenen Gesundheitsschädigungen, ihrer Wechsel-Wirkungen (Korbiditäten) und der gesamthaft resultierenden funktionellen Folgen in Beruf und Haushalt ein interdisziplinäres gerichtliches Obergutachten einhole und nach dessen Würdigung im Kontext mit den weiteren ärztlichen Stellungnahmen den Leistungsanspruch der Versicherten neu beurteile (9C_49/2014; Urk. 2/2/13 = Urk. 1).

E. 2

Daraufhin nahm das Gericht im vorliegenden, neu angelegten Verfahren mit Beschluss vom 28. April 2015 in Aussicht, ein interdisziplinäres Gutachten bei der MEDAS H.____ einzuholen und gab den Parteien Gelegenheit hierzu und zu den seitens des Gerichts formulierten Fragen Stellung zu nehmen (Urk. 3). Nach Eingang der Stellungnahmen der Parteien (Urk. 5 und Urk. 6), wurde mit Beschluss vom 25. August 2015 (Urk. 7) an der vorge se h enen Begutachtungsstelle festgehalten und der Fragenkatalog mit Blick auf die geänderte bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmer z störung im Leitentscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) angepasst und den Parteien erneut Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen . Während die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 9), liess sich die Versicherte nicht vernehmen.

Das mit Gerichtsverfügung vom 5. Oktober 2015 (Urk. 11) veranlasste Gut achten wurde durch die MEDAS H.____ am 10. August 2016 erstattet (Urk. 16). Mit Eingabe vom 5. September 2016 verzichtete die Beschwerde geg nerin auf eine Stellungnahme und wies unter Beilage einer Todesfall bescheinigung darauf hin, dass die Versicherte am 18. Juni 2016 verstorben sei (Urk. 20 und Urk. 21). Die Erben, vertreten durch den Rechtsvertreter der verstorbenen Versicherten, reichten am 3. Oktober 2016 die Erbenbescheini gung (Urk. 23) und eine Vertretungsvollmacht ein (Urk. 24). Mit Eingabe vom 31. Oktober 2016 (Urk. 25) legten sie neue medizinische Berichte — unter anderem auch den Obduktionsbericht — auf (Urk. 26/1 S. 1 f.). Diese Berichte wurden am 9. November 2016 (Urk. 27) der MEDAS-H.____ zuge stellt worauf diese am 7. Dezember 2016 ergänzend Stellung nahm (Urk. 28). Während die Beschwerdegegnerin wiederum auf Ausführungen verzichtete (Urk. 32), reichten die Beschwerdeführer hierzu mit Eingabe vom 17. Januar 2017 (Urk. 33) eine Stellungnahme ein, was den Parteien am 19. Januar 2017 gegenseitig zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 34). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 2/2) gestützt auf das Gutachten des F.____ vom 22. Februar 2011 (Urk. 2/8/136) den Rentenanspruch. Dabei ging sie davon aus, die Ver sicherte sei in der angestammten und in e iner angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig gewesen. Damit resultiere kein rentenbegründ ender Invaliditäts grad (Urk. 2/8/165 S. 2).

E. 2.2

Die Versicherte stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde auf den Standpunkt, es könne aus verschiedenen — näher dargelegten Gründen — nicht auf das F.____-Gutachten abgestellt werden. Hingegen sei auf die Gutachten von Dr. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Dezember 2009 und von Dr. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. August 2012 abzustellen, die im Einklang mit der Auffassung von Dr. J.____ stünden, wonach die Versicherte in bisheriger und adaptierter Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 2/1).

E. 2.3

Das Bundesgericht erwog im Urteil 9C_49/2014 vom 29. Oktober

2014 (Urk. 1), die im psychiatrischen Teilgutachten des F.____ aufgeführten psychopathologischen Befunde seien nur punktuell, nicht aber systematisch auf die in der ICD-10 vorgegebenen Kriterien einer Depression bezogen. Eine kontinuierliche Entwicklung des psychischen Leidens bleibe unkommentiert, und die wesentlichen Vorakten seien nicht in diese Entwicklung eingeordnet worden. Offen bleibe die Frage, ob die „subjektive Krankheitsüberzeugung“ bewusstseinsnah sei und damit von der Versicherten geändert werden könne oder ob es sich dabei um einen (für sie unbeeinflussbaren) Ausdruck der psychischen Beeinträchtigung handle (E. 4.3). Dr. G.____ habe auf der Grundlage des Gutachtens des Dr. I.____ sowie der eigenen Untersuchung und fremdanamnestischer Erhebungen anhand der einschlägigen ICD-Kriterien dargelegt, wie er selber zur Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode ohne psychotische Symptome komme, was auch aus zahlreichen Berichten der behandelnden Psychiater und des langjährigen Hausarztes hervorgehe (E. 4.4.1). Diese Parteiexpertisen, insbesondere die aktuellere aus dem Jahr 2012, stellten die Ergebnisse der F.____-Begutachtung derart infrage, dass darauf nicht abgestellt werden dürfe. Indes könne der strittige Leistungsanspruch auch anhand der Parteigutachten nicht abschliessend beurteilt werden, dies zumal sie keine Grundlage zu den Fragen enthielten, wie es sich mit dem Krankheitswert der dissoziativen Störung verhalte — das heisse, ob sich diese von den psychosozialen Umständen verselbständigt habe — sowie, gegebenenfalls, ob sie sich invalidisierend auswirke (E. 5). Die Sache sei daher an das kantonale Gericht zurückzuweisen, damit es zur umfassenden (auch die somatische Seite einbeziehenden) Klärung der vorhandenen Gesundheitsschädigungen, ihrer Wechsel-Wirkungen (Komorbiditäten) und der gesamthaft resultierenden funktionellen Folgen in Beruf und Haushalt ein interdisziplinäres gerichtliches Obergutachten einhole (E. 5 zweiter Absatz).

E. 2.4

Nach Erstattung des Gerichtsgutachtens durch die MEDAS H.____ (Urk. 16) und der ergänzenden Stellungnahme vom 7. Dezember 2016 (Urk. 28) machten die Beschwerdeführer geltend, auf das Gerichtsgutachten könne hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden, da die schwere Herz- und Gefässerkrankung einen wesentlichen Einfluss auf diese zu beurteilende Frage gehabt haben müsse. Es sei ein neuerliches Gutachten nur dann entbehrlich, wenn eine ganze Rente zugesprochen würde (Urk. 33 S. 2).

E. 2.5

Strittig ist, ob die Versicherte beziehungsweise nach deren Ableben die Beschwerdeführer als gesetzliche Erben Anspruch auf Auszahlung einer Invalidenrente aufgrund der Neuanmeldung im September 2006 haben. Damit ist zu prüfen, ob sich der Sachverhalt seit

dem Einspracheentscheid vom 8. April 2004, in dem ein Rentenanspruch — rechtskräftig und letztinstanzlich be stätigt — abgewiesen wurde, und der strittigen Verfügung vom 21. Mai 2013 anspruchserheblich verändert hat.

E. 3.1

Am 10. August 2016 erstattete die MEDAS H.____ das bei ihr vom Ge richt in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 16/1). Die Experten (Dr. med. K.____, Allgemeine Innere Medizin FMH; Dr. med. L.____, Rheumatologie FMH; Dr. med. M.____, Facharzt FMH Rheumatologie; Dr. med. N.____, Neurologie FMH und Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) stützten sich auf die überlassenen Akten (S. 2 ff.) und auf die von ihnen im Rahmen ihrer Untersuchungen 2016 erhobenen Befunde (S. 34 ff.). Sodann hielten sie aufgrund der Angaben der Versi cher ten die Familien-, Sozial- und Berufsanamnese, den Tagesablauf (S. 30-32) sowie die geklagten Leiden fest (S. 32 ff.).

E. 3.2

Folgende „Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit“ wurden aufgeführt (S. 45): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 - Chronische, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somati schem Syndrom F32.11 - Panikstörung (episodische paroxysmale Angst) ICD-10 F41.0 - Unerwünschte Nebenwirkung bei therapeutischer Anwendung: Benzodia ze pine ICD-10 Y47.1 - Chronische Niereninsuffizienz, mittelgradig, Stadium III, mit aktuellem eGFR von 34 ml/min mit/bei - chronischer Refluxniere mit Schrumpfniere rechts - inkompletter tubulo -interstitieller und selektiver glomerulärer

Protei nurie - Natrium, Kalium, Kalzium, Phosphat referenzwertig, Parathormon leicht gradig erhöht, keine renale Anämie - Arterielle Hypertonie, ungenügend eingestellt - Anamnestisch Status nach rheumatischer Endokarditis mit mittelschwerer Mitralinsuffizienz und leichtgradiger Aorteninsuffizienz , nächste Ver laufs kontrolle im Oktober 2016 geplant

Als „Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert“ wurde festgehalten (S. 45 f.): - Chronifiziertes , fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom mit sensi bler Hemisymptomatik rechts ohne adäquates organisches Korrelat aus rheumatologischer und neurologischer Sicht - Dekonditionierungssyndrom auf dem Boden eines jahrelangen Schonver haltens - Chronisches zerviko -lumbal betontes, unspezifisches, panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - bildformal leichten degenerativen Veränderungen C3/C4 und C6/C7 - chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, rechts hemikraniell betont - Rezidivierende Verkrampfungen der rechten Hand mit/bei - klinisch keinem organischen Korrelat, funktionelle Ursache - rezidivierenden anfallsartigen Episoden mit akuter Müdigkeit/ Erschöp fung, Augenschluss und Schwäche, am ehesten funktionell im Rahmen der psychiatrischen Problematik - Formal Osteoporose der LWS und bifemorale

Osteopenie mit/bei - klinisch latent, errechnetes absolutes Zehnjahres-Frakturrisiko 6 % - Risikofaktoren: primärer Parathyroidismus bei Nebenschilddrüsen- ade nom am rechten Unterpol - Status nach minimal invasiver, video-assistierter Parathyreoidektomie rechts kaudal August 2010 mit/bei - primärem Hyperparathyreoidismus bei Parathyreoidea -Adenom am rechten Unterpol - aktuell: Kalzium im Normbereich, PTH leicht erhöht - Status nach floridem Ulcus duodeni mit Bulbusabgangsstenose mit/bei - Status nach Helicobacter

pylori-Infektion - axialer Hiatushernie - Feinknotige Mastopathie - Ovarialzyste links - Unklare Erhöhung der BSR, kontrollbedürftig, DD im Rahmen eines unspezifischen viralen Infektes der oberen Luftwege, asymptomatischer HWS - Makrozytär

hyperchromes Blutbild, kontrollbedürftig - Hyperlipidämie , therapie- und kontrollbedürftig - Isolierte Erhöhung der GGT, kontrollbedürftig - Alpträume ICD-10 F51.5 - Nikotinabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch ICD-10 F17.25 - Verdacht auf Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika, gegenwärtiger Substanzgebrauch ICD-10 F13.25 - Asymptomatischer Senk-Spreizfuß beidseits

E. 3.3

Aus rheumatologischer Sicht erörterte der Teilgutachter (S. 35 f.), im Rahmen der Untersuchung des Bewegungsapparates sei eine diffuse Druckdolenz am ganzen Körper, akzentuiert im Bereich der mittleren und unteren Halswirbelsäule beidseits, in der Schultergürtel- und Beckengürtelpartie sowie prädominant an den fibromyalgietyptischen Tenderpoints angegeben worden. Der Wide spread

Pain-Index (WPI) habe 19 Punkte (das Maximum) ergeben und die Funktionsprüfung sowohl des Achsenorgans und insbesondere auch der stammnahen Gelenke habe sich aufgrund des dysfunktional anmutenden Schmerzverhaltens mit Abwehr, Stöhnen und Grimassieren erheblich erschwert und dadurch eingeschränkt gezeigt. Die Betrachtung der zur Verfügung gestandenen bildgebenden Untersuchungen habe ergeben, dass für diese Bewegungseinschränkungen kein entsprechendes Korrelat weder nativ radiologisch noch computertomographisch noch kernspintomographisch bestehe. Auch klinisch habe sich kein Anhalt für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik und auch nicht für eine Segmentinstabilität gezeigt. Die angegebene diffuse Oberflächen-Hypästhesie der ganzen rechten Körperseite von Scheitel bis Sohle lasse sich von somatisch-rheumatologischer Seite her nicht erklären. Auch hätten keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis wie z. B. eine Arthritis gefunden werden können. Die Untersuchung sei aufgrund des schwerst dysfunktional anmutenden Verhaltens schwierig und durch die schmerzbedingte Abwehr der Versicherten teilweise verunmöglicht worden. Diesbezüglich hätten sich aber auch deutliche Diskrepanzen gezeigt, in dem die Kraft des Faustschlusses als Beispiel massiv abgeschwächt gezeigt worden sei, das selbständige Entkleiden unter Einsatz der Finger und Hände, den Stuhl zum Absitzen und Aufstehen mit den Händen zu verschieben aber möglich gewesen sei und sich keine auffallende muskuläre Atrophie im Bereich der intrinsischen Hand- und Unterarmmuskulatur bei weitgehend gleichen Umfängen an den oberen und unteren Extremitäten gezeigt habe. Als Zeichen eines bereits jahrelangen Schonverhaltens bestehe ein ausgeprägtes Dekonditionierungssyndrom mit entsprechendem Haltungserfall und muskulärer Dysbalance. Übereinstimmend mit der Beurteilung der Rheumaklinik des E. ___ wie auch mit dem Gutachten des F. ___ aus dem Jahr 2003 könnten die angegebenen, von der Versicherten als invalidisierend empfundenen, chronischen und therapierefraktären Beschwerden am Bewegungsapparat auf der Befundebene auch aktuell nicht erklärt werden. Es finde sich diesbezüglich weder ein klinisches, noch ein laborchemisches, noch ein bildgebendes Korrelat. Die im Gutachten des F. ___ mit Einfluß auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Diagnose eines chronischen paravertebralen Schmerzsyndroms sei ohne Bezugnahme auf objektivierbare Befunde und ohne Begründung von relevanten Funktionseinschränkungen erfolgt. Die darauf attestierte leidensadaptierte 70%ige Arbeitsfähigkeit und die 100%ige Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich körperlich schwerer

Arbeiten entbehre einer somatischen Begründung. Von rheumatologischer Seite her sei die Versicherte seit der Einschätzung der rheumatologischen E.____ 2000/2001 und dem Gutachten des F.____ 2003 ohne zeitliche oder leistungs mässige Einschränkung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin weiterhin und unverändert zu 100 % arbeitsfähig.

E. 3.4

Die neurologische Teilgutachterin hielt fest (S. 36), in der klinischen Untersuchung hätten sich keine objektivierbaren Auffälligkeiten gezeigt. Es werde eine sensible, median begrenzte Hemihypästhesie rechts angegeben. Eine Parese, Feinmotorikstörungen oder andere objektivierbare Auffälligkeiten der rechten Hand seien nicht fassbar und die Muskeleigenreflexe seien seitlich gleich. Beim Finger-Nase-Versuch werde konstant daneben gezeigt, dies im Gegensatz zum Untersuchungsbefund des Hauptgutachters Dr. K.____. Der Finger-Finger-Versuch dagegen sei gezielt und die Gangprüfung etwas zögerlich, jedoch insgesamt als unauffällig zu beurteilen. Klinisch bestünden keine objektivierbaren neurologischen Auffälligkeiten. Ein MRI des Schädels vor drei Jahren habe einen Normalbefund und ein MRI der HWS keine Hinweise für eine Rückenmarks- oder relevante radikuläre Problematik gezeigt und auch das EEG sei normal. Von neurologischer Seite könnten die Kopfschmerzen als Kopfschmerzen vom Spannungstyp interpretiert werden, die sich von einem chronischen generalisierten Schmerzsyndrom nicht abgrenzen liessen. Trotz Angabe einer hohen Schmerzintensität wirke die Versicherte zwar apathisch, eher depressiv, aber nicht eigentlich schmerzgeplagt. Die chronischen generalisierten Schmerzen seien von neurologischer Seite nicht zu erklären und aus neurologischer Sicht bestehe somit keine Pathologie, die eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte.

E. 3.5

Der psychiatrische Teilgutachter vermerkte (S. 37 f.), in der Familie seien viele somatische Erkrankungen bekannt. Die Versicherte habe nach sechs Jahren Schule aus sozialen Gründen (Kosten/Schulweg) keine weiterführende Schule oder eine Berufsausbildung absolvieren dürfen. Es bestünden klinische Hinweise auf eine leicht überdurchschnittliche Intelligenz und damit sei die ausgeübte, eher monotone Arbeit mit wenigen Veränderungsmöglichkeiten auf die Länge eher belastend gewesen. Respekt und Würde seien in der Herkunftskultur der Versicherten hohe Werte und sie sei überzeugt, dass sie mit ihren Beschwerden und Einschränkungen nicht mehr arbeiten könne. Sie werde von ihrer Familie unterstützt und getragen und geniesse viel Verständnis. Ihr Mann leide an den Folgen eines Unfalls und habe chronische Schmerzen, was eine Belastung sei und aufgrund klinischer Erfahrungen das Risiko, auch an einer Schmerzstörung und/oder Depression zu erkranken, erhöhe. Die relativ geringe Integration in der Schweiz schränke auch aus gleichende Ressourcen ein. Die sozialen Kontakte beschränkten sich inzwischen weitgehend auf die Familien, Geschwister und deren Familien und professionelle Helfer, während die früher bestehenden Kontakte, vor allem zu Arbeitskolleginnen, krankheitsbedingt verloren gegangen seien. Vorliegend komme die sehr lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt als weiterer Risikofaktor hinzu. Durch grosse Leistungen und harte Arbeit habe sich die Versicherte Anerkennung holen können, die sie sonst ausserhalb der Familie kaum gefunden habe. Ihr Selbstwertgefühl sei all die Jahre von ihrer Leistungsfähigkeit abhängig gewesen und sie habe nie respektive erst sehr spät gelernt, auf Signale ihres Körpers zu achten und auf sich selber und ihre Grenzen Rücksicht zu nehmen. Diese

Konstellation erhöhe das Risiko für eine Somatisierungsstörung.

Damit sei eine somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren (S. 38 f.), wobei anders als Dr. P. (F.) argumentierte, auch zu Beginn der Schmerzen neben den erwähnten Risikofaktoren sich auch Belastungen finde, wie es für Diagnose verlangt werde, insbesondere die Mehrfachbelastung, die Migration mit weitgehend fehlender Integration und sozialer Vernetzung in der Schweiz und die finanziellen Sorgen. Dazu komme, dass der Beginn der Schmerzen mehr als zehn Jahre zurückliege, so dass die Chance, einen auslösenden Konflikt oder eine entsprechende Belastung noch eruieren zu können, klein sei. Im Verlauf kämen weitere Belastungen hinzu, wie Verlust der Arbeit, des Einkommens und der Anerkennung und nicht zuletzt die langwierigen, belastenden gerichtlichen Auseinandersetzungen mit wiederholten Begutachtungen. Diese Faktoren seien sekundär, dürften jedoch den Verlauf beeinflusst haben. Da die Schmerzen subjektiv im Vordergrund stünden und sich auch ausgeweitet hätten, sei differentialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren.

Die Schmerzen gingen der Depression zeitlich voran und seien unabhängig vom zeitlichen Verlauf der affektiven Symptomatik, so dass diese Diagnose zulässig wäre. Da die Coping-Möglichkeiten begrenzt seien, sei ein Ausdruck der psychischen und sozialen Probleme durch eine Körpersymptomatik plausibel. Die Schilderung entspreche einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz. Aufgrund der Akten und der somatischen Befunde könnten die Beschwerden nur zu einem relativ geringen, aber nicht zu einem wesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen zurückgeführt werden, was die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wieder ausschliessen würde. In der revidierten deutschen Version des ICD-10 sei jedoch eine neue Unterkategorie geschaffen worden: Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren, die differentialdiagnostisch zu erwägen sei. Unter Berücksichtigung der funktionellen Auswirkungen, die sich im Haushalt und im Tagesablauf zeigten, sei von einer schweren Schmerzstörung auszugehen. Die subjektive Einschätzung und die Schilderung der Schmerzen, die die Verstorbenen als anhaltend und quälend beschreiben, entsprächen einer schweren Schmerzstörung. Von daher sei es auch schwierig zu sagen, ob sich die Schmerzstörung verglichen mit den Vorakten verändert habe. Subjektiv hätten sich die Schmerzen zwar eher verschlechtert, aber in Bezug auf die Schmerzen lasse sich keine Veränderung objektivieren. Der wahrscheinlichste Verlauf sei, dass sowohl subjektiv wie von den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die Lebensqualität her, von einer Chronifizierung und damit verbunden von einer Verschlechterung auszugehen sei.

Panikanfälle seien schon seit langem aktenkundig und seien relativ einheitlich beschrieben (S. 40), im Sinne eines mehr oder weniger konstanten Musters. Die wahrscheinlichste Einschätzung sei, dass es sich um ein tief eingefahrenes Muster handle, das ursprünglich im Rahmen eines Panikfalls aufgetreten sei und sich inzwischen weitgehend etabliert und verselbständigt habe. Es bewirke sowohl eine Entlastung von Aufgaben als auch eine vermehrte Zuwendung. Es spreche viel dafür, diese Anfälle als Teil der Angst und eventuell auch der Depression und Schmerzstörung zu sehen und nicht als dissoziative Störung.

In den Akten seien auch eine depressive Episode sowie eine depressive Reaktion diskutiert. Eine depressive Reaktion entspreche einer Anpassungsstörung und sei definitionsgemäss zeitlich begrenzt und dürfe gemäss ICD-10 höchstens sechs Monate anhalten, so dass diese Diagnose nicht mehr zulässig sei. Wenn die Symptomatik noch vorhanden sei, sei eine Depression und/oder eine Angststörung zu diagnostizieren. Die Werte in den

Fremdbeurteilungs-Skalen betreffend Depression lägen im Bereich einer mittelgradigen Depression. Ge wisse Symptome wie Schlafstörungen und Reizbarkeit könnten sowohl bei einer Depression wie bei chronischen Schmerzen auftreten und es lasse sich nicht entscheiden, zu welchem Syndrom sie gehörten. Für die genaue Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend. Gemäss ICD- Kriterien liege eine mittelgradige Depression vor. ICD-Kriterien seien in Bezug auf den Schweregrad aber nicht sehr praktikabel, so dass der klinische Eindruck einer mittelgradigen Depression die beste Annäherung an den tatsächlichen Schweregrad sein dürfte. Es stelle sich die Frage, ob eine rezidivierende depressive Störung vorliege. Das würde bedeuten, dass Remissionen und später Rezidive vorgelegen hätten. Eine depressive Verstimmung sei erstmals im Jahr 2000 erwähnt worden, während Dr. P.____ keine Depression gefunden habe. Ob dies tatsächlich eine Remission gewesen sei oder nur eine abweichende Einschätzung der depressiven Symptomatik, lasse sich nicht entscheiden. Es sei aber auf jeden Fall von einer chronischen Depression auszugehen. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad und vorliegend von einer mittelgradigen Depression.

Die wahrscheinlichste Annahme sei, dass der effektive Gesundheitszustand ab 2008 zwar etwas geschwankt, aber meist im Bereich einer mittelgradigen Depression gelegen habe.

Es werde über Angst berichtet, allein zu Hause zu sein (S. 41), Angst, es könne etwas passieren oder einfach so; wenn die Versicherte schlechte Nachrichten höre, bekomme sie manchmal grosse Angst. Sie habe auch Angstanfälle ohne Grund, könne aber nicht sagen, wie oft. Diese Angstsymptome seien ein Teil der Depression, aber so ausgeprägt, dass die Diagnose einer Panikstörung gerechtfertigt sei. Für die eigenständige Diagnose einer generalisierten Angststörung seien die Ängste jedoch zu wenig ausgeprägt und gehörten vorwiegend zur Depression. Die Versicherte nehme seit Jahren Benzodiazepine ein, weshalb sich die Frage nach psychischen- und Verhaltens-Störungen durch Benzodiazepine oder einem Abhängigkeitssyndrom stellten. Es bestehe zwar eine körperliche Abhängigkeit, aber die Kriterien für die psychiatrische Diagnose einer Abhängigkeit seien nicht erfüllt, da gemäss den Richtlinien Benzodiazepine zumindest in der Akutbehandlung einer Angstsymptomatik durchaus eingesetzt werden könnten.

Ausser den erwähnten Risikofaktoren und Ressourcen gebe es keine Hinweise auf Persönlichkeitseigenschaften, welche die Umsetzung der restlichen Arbeitsfähigkeit einschränkten oder besonders fördern würden.

In Bezug auf die Schmerzen lasse sich eine gewisse Tendenz zur Verdeutlichung, nicht jedoch eine Aggravation feststellen. Die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufes, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte mit einem ausgeprägten sozialen Rückzug sei konsistent mit den Befunden und den Akten. Auch sei die Versicherte regelmässig in psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung. Die Serumspiegel der Medikamente lägen bei der verordneten Dosis im erwarteten Bereich, was für eine gute Compliance in Bezug auf die Medikamente spreche. Beides weise auf einen hohen Leidensdruck hin. Es sei jedoch nur ein Wiedereinstiegsversuch dokumentiert, was etwas gegen einen hohen Leidensdruck spreche, aber auch durch die subjektive Überzeugung, arbeitsunfähig zu sein, bedingt sein dürfte.

Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % ausgegangen werden für die bisherige Tätigkeit als angelesene Mitarbeiterin in der Reinigung oder eine andere an ihre Schmerzen angepasste Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei etwa um 25 % eingeschränkt (S. 42).

E. 3.6

Der fallführende Allgemeininternist hielt fest, es bestünden eine chronische Niereninsuffizienz Grad III, eine arterielle Hypertonie, welche ungenügend eingestellt sei, ein Status nach floridem Ulcus duodeni mit Bulbusabgangsstenose, eine feinknotige Masterpartie, eine Ovarialzyste links, ein Status nach rheumatischer Endokarditis mit mittelschwerer Mitralinsuffizienz und leichtgradiger Aortainsuffizienz, eine unklare Erhöhung der BSR, ein makrozytär

hyperchromes Blutbild, eine Hyperlipidämie und eine isolierte Erhöhung der GGT. Daraus resultiere in der Gesamtschau der Befunde und Diagnosen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 %. Die Niereninsuffizienz habe sich seit der Begutachtung im F. ___ 2011 verschlechtert und die kardiovaskulären Risikofaktoren seien ungenügend kontrolliert (S. 44).

Damit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 60 %, wobei nur noch körperlich leichte Tätigkeiten möglich seien, ohne Nacht- und Schichtarbeit, Nässe und Kälteexposition, Arbeiten unter Zeitdruck, ohne Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung, mit grossen Temperaturschwankungen oder einer Exposition zu nephrotoxischen Substanzen sowie ohne Tätigkeit mit beruflichem Führen eines Motorfahrzeuges (S. 46).

E. 3.7

Aus polydisziplinärer Gesamtschau vermerkten die Experten, es bestehe eine verwertbare und zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit unter Berücksichtigung des dargelegten Belastungsprofils (S. 47). Zum Verlauf hielten sie fest, die attestierte Arbeitsunfähigkeit gelte grundsätzlich ab Datum des Gutachtens. Überwiegend wahrscheinlich habe die Arbeitsfähigkeit seit 2008 jedoch zwischen 40 bis 65 % aus psychiatrischer Sicht geschwankt. Aus internistischer Sicht gelte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit Datum des Gutachtens, wobei sich die Niereninsuffizienz seit 2011 leicht verschlechtert habe (S. 48).

E. 3.8

In der Stellungnahme vom 7. Dezember 2016 der MEDAS H. ___ hielten die Ärzte fest, die Versicherte sei am 16. Juni 2016 überraschend vor einer geplanten Cholezystektomie an einem akuten Myokardinfarkt gestorben. Ein Obduktionsbericht liege vor, welcher die Diagnose eines akuten Myokardinfarkts bestätige. In der MEDAS-Begutachtung sei auf ungenügend kontrollierte kardiovaskuläre Risikofaktoren hingewiesen worden. Die Diagnose einer koronaren Herzerkrankung finde sich nicht und betreffend das Herzleiden (Status nach rheumatischer Endokarditis, mittelschwere Mitralinsuffizienz, leichte Aorteninsuffizienz sowie arterielle Hypertonie) sei die Versicherte in kardiologischer Kontrolle und ebenfalls in regelmässiger nephrologischer Kontrolle gestanden. Auch in diesen Berichten sei von einer koronaren Herzkrankheit nicht die Rede. Bei der klinischen Untersuchung sei die Versicherte kardiopulmonal kompensiert, ohne Stauungszeichen, ohne Ödeme gewesen und ebenfalls seien pektanginöse Beschwerden klar verneint worden. Was die Niereninsuffizienz anbelange, seien deutliche qualitative Einschränkungen

festgelegt worden, welche auch bei einer koronaren Herzkrankheit ihre Gültigkeit hätten. Aufgrund der bekannten internistischen Diagnosen sei mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40 % genügend Rechnung getragen worden (Urk. 28).

E. 4.1

Das umfangreiche Gerichtsgutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.2), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherten auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Insbesondere wurde auch mit Bezug auf die psychische Symptomatik und das Vorliegen einer rezidivierenden Depression, die typischerweise Schwankungen im Schweregrad zeigt, für den Rechtsanwender einleuchtend dargelegt, dass verglichen mit den Berichten von Dr. P.____, Dr. E.____, Dr. Q.____, Dr. I.____, med. pract. J.____ und Dr. G.____ sich die Unterschiede

in der Beurteilung mit Schwankungen entsprechen und der Diagnose erklären liessen oder sich auch aus dem Zeitpunkt der Untersuchung ergeben könnten, wobei anzunehmen sei, dass sich durch die Ablehnung des Rentengesuches und die erneute Begutachtung die Störung vorübergehend verschlechtert habe. Ebenso wurde in Betracht gezogen, dass sich die Abweichungen in der Beurteilung auch mit unterschiedlichen Untersuchungstechniken erklären lassen könnten, was sich aufgrund der Akten letztlich nicht mehr definitiv entscheiden lasse, da die wesentlichen Angaben aus dem Psychostatus nicht überprüft werden könnten. Die wahrscheinlichste Annahme sei, dass der affektive Gesundheitszustand ab 2008 zwar etwas geschwankt, aber meist im Bereich einer mittelgradigen Depression gelegen habe (Urk. 16/5 S. 14).

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde damit nachvollziehbar dargelegt, dass der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich seit dem Gutachten von Dr. E.____ im Jahr 2008 zwar etwas geschwankt, aber immer in einem Bereich zwischen 40% und 65%, durchschnittlich bei etwa 50 %, gelegen hat (Urk. 16/5 S. 24).

Nachvollziehbar wurde auch das Belastungsprofil aufgrund internistischer Gegebenheiten dargelegt wobei qualitative Einschränkungen insbesondere aufgrund der Niereninsuffizienz berücksichtigt wurden (E. 3.6 hiervor). Sodann begründeten die Experten einleuchtend, dass das plötzliche Auftreten eines akuten Myokardinfarkts ohne Hinweise auf eine koronare Herzerkrankung nicht vorhersehbar war und das Belastungsprofil bis zum Zeitpunkt des Todesfalls nicht zusätzlich zu beeinflussen vermag (E. 3.8 hiervor).

Die Gesamtschau und die Beurteilung der Experten vermögen damit insgesamt zu überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist und es sich insbesondere nicht aufdrängt, ein neuerliches (Akten-) Gutachten zu veranlassen (zu den diesbezüglichen Vorbringungen der Beschwerdeführer vgl. Urk. 33). Eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit ergibt sich nicht aus den Akten, eine solche wurde aus kardiologischen Gründen nie attestiert.

E. 4.2

Somit muss es mit den beweiskräftigen Schlussfolgerungen im gerichtlichen Sachverständigen Gutachten, welches im Kontext mit der Aktenlage und den fachärztlichen Berichten steht und

auch eine schlüssige Beurteilung erlaubt, sein Bewenden haben. Massgebend ist hierbei insbesondere auch, dass es sich bei der neben der somatoformen Schmerzstörung hinzukommenden depressiven Störung um ein langjähriges chronifiziertes Krankheitsgeschehen handelt, welches trotz weitgehend adäquater therapeutischer Behandlung keine Besserung erfahren hat und auch mittels anderer therapeutischer Massnahmen keine günstige Prognose formuliert werden konnte (vgl. Urk. 16/5 S. 24 und S. 29 unten).

Der medizinische Sachverhalt ist mithin dahingehend erstellt, dass die Versicherte aus psychiatrischer Sicht seit der Untersuchung bei Dr. E. ___ vom 3. Juli 2008 (vgl. Urk. 2/8/86) durchschnittlich zu 50 % arbeitsunfähig gewesen war. Ab der Begutachtung in der MEDAS H. ___ im April (Untersuchungsdatum) 2016 kamen sodann weitere qualitative Einschränkungen im Belastungsprofil aus internistischer Sicht hinzu, welche sich indes nur auf das Stellenprofil auswirkten.

Auf dieser Grundlage ist die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der Einschränkungen vorzunehmen.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 2/2) davon aus, dass die Versicherte ohne Gesundheitsschaden zu 100 % erwerbsfähig wäre. Diese Qualifikation stimmt mit den Akten überein und ist weiter hin nicht zu beanstanden (vgl. dazu Urk. 2/10 E. 5.1 mit Hinweisen).

Vorliegend erübrigt sich auch eine möglichst genaue Bezifferung und Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen, um hernach aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad bestimmen zu können. Denn der Versicherten ist die bisher ausgeübte Tätigkeit als angelernte Mitarbeiterin in der Reinigung wie auch jede andere angepasste Verweisungstätigkeit im bezifferten Umfang zu 50 % zumutbar. Ausserdem bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass sie ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem wirtschaftlichem Erfolg hätte verwerten können. Insbesondere ist nicht anzunehmen, dass sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusätzlich lohnmindernd auswirkten. Folglich besteht kein Raum für die Gewährung eines zusätzlichen leitensbedingten Abzugs beim Invalideneinkommen. Zu ergänzen ist hierzu, dass die erst ab April 2016 zu berücksichtigende Verschlechterung der körperlichen Beschwerden aufgrund der internistischen Problematik und damit weitergehende qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des reduzierten körperlichen Belastungsprofils keine relevanten Änderungen bewirken. Denn einerseits kann das Gericht grundsätzlich nicht über den Zeitpunkt der Verwaltungsverfügung — hier die Verfügung vom 12. Februar 2009 — hinaus entscheiden und andererseits hat die Verschlechterung im Zeitpunkt des Todesfalls der Versicherten am 18. Juni 2016 jedenfalls noch nicht drei Monate gedauert (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

Damit erweist es sich als gerechtfertigt, mittels Prozentvergleichs den Invaliditätsgrad auf 50 % festzusetzen, was einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründet.

E. 5.2.1

Zu prüfen bleibt der Zeitpunkt des Rentenbeginns. Die

Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit rechtskräftiger Leistungsabweisung mit Entscheid vom 8. April 2004 (vgl. Ziff. 1.1 Sachverhalt) ist vorstehenden Ausführungen folgend auf den 3. Juli 2008 festzulegen wobei ab diesem Zeitpunkt von einer andauernden 50 % Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit auszugehen ist (E. 4.2 hiervor).

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b und lit. c IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind. Die Wartezeit im Sinne Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen).

E. 5.2.2

Mit Blick auf die Neuanschuldung vom 18. September 2006 und die Ausführungen in der angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2009, wonach eine Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit von 35 % festgehalten worden war (Urk. 2/8/95), rechtfertigt es sich, die Wartezeit spätestens ab Datum der Neuanschuldung bei einer Arbeitsunfähigkeit von 35 % zu eröffnen. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer bleibenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von 50 % ist gemäss den vorstehenden Ausführungen auf den 3. Juli 2008 festzulegen. Der Ablauf des Wartejahres mit einer mindestens durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % ist damit im November 2008 eingetreten ($8 \times 35\% + 4 \times 50\% = 480\%$). Damit entsteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente ab November 2008 und — nachdem die 50%ige Arbeitsunfähigkeit drei weitere Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV) — ab Februar 2009 ein Anspruch auf eine halbe Rente (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3 Auflage, Rz 36 zu Art. 28).

E. 5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Versicherte mit Wirkung ab 1. November 2008 Anspruch auf eine Viertelsrente und mit Wirkung ab 1. Februar 2009 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung und teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

E. 6

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 Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind nach dem Verfahrensaufwand zu bemessen und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzu setzen. In Anbetracht des praktisch weitgehenden Obsiegens der Beschwerdeführer sind die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Zur Frage der Überbindung der Gutachtenskosten an die Beschwerdegegnerin hat das Bundesgericht festgehalten, dass vorliegend übereinstimmende spezialärztliche Begutachtungen einer polydisziplinären Untersuchung gegenüberstünden und das MEDAS-Gutachten insbesondere in den Diagnosen und Folgenabschätzung nicht aufschlussreich sei (Urteil 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.3 f.; Urk. 2/13).

Damit sind die vom Bundesgericht in BGE 137 V 210 E. 4.4.2 aufgestellten Kriterien, wie sie in Urteil 139 V 496 präzisiert wurden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_301/2016 E. 2.2), namhaft gemacht und die Voraussetzungen zur Überbindung der Gutachtenskosten an die Beschwerdegegnerin erfüllt. Diese hat demnach die Kosten für das Gerichtsgutachten von Fr. 16'301.65 und Fr. 375.-- (vgl. Urk. 17 und Urk. 29) zu tragen.

E. 6.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben die anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. Februar 2009 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. November 2008 Anspruch auf eine Viertelrente und ab 1. Februar 2009 Anspruch auf eine halbe Rente 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 Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 16'676.65 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den Beschwerdeführenden eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Bügler -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse

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