

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00546 vom 14. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00546

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00546 du 14 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00546 del 14 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, gelernte Coiffeuse, war seit dem 1. Juli 2010 arbeitslos und arbeitete im Zwischenverdienst bei A.____ SA, als sie am 14. September 2010 auf einer Treppe ausrutschte und auf das Gesäss und die linke Hüfte fiel (Urk. 6/4, 6/10/1, 6/11, 6/13, 6/14). In der Folge traten Schmerzen und muskuläre Verspannungen im Bereich der ganzen Wirbelsäule, vor allem linksseitig und im Bereich der Hüfte und des Beckens links auf (Urk. 6/12/3). Die Versicherte war vollständig arbeitsunfähig (vgl. Urk. 6/13). Der zuständige Unfallversicherer erbrachte seine Leistungen bis zum 27. Oktober 2010 (Urk. 6/3/6-8). Im Verlauf wurde eine psychiatrische Behandlung eingeleitet (Urk. 6/12/3).

Am 3. März 2011 beziehungsweise im April 2011 (Eingang bei der IV-Stelle am 13. April 2011) meldete die Versicherte sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, für die Berufliche Integration und für eine Rente an (Urk. 6/4). Die IV-Stelle holte bei den behandelnden Ärzten Berichte ein (Urk. 6/12, 6/14, 6/16, 6/22, 6/26). Vom 1. Juni 2011 datiert ein Bericht von Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, über ein versicherungsmedizinisches psychiatrisches Konsilium, welches vom zuständigen Tag geldversicherer veranlasst worden war (Urk. 6/21).

Am 10. Oktober 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass im aktuellen Zeitpunkt keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde. Die IV-Stelle veranlasste eine Begutachtung bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) C.____, welches Gutachten am 26. September 2012 erstattet wurde (Urk. 6/39).

Nach einem anonymen Hinweis vom 13. September 2012 und dem Vorliegen des MEDAS-Gutachtens veranlasste die IV-Stelle sodann eine Überwachung der Versicherten, welche in den Zeiträumen Januar/Februar 2013 und Juni/Juli 2013 erfolgte (Urk. 6/36, 6/44, 7/1/1-2; vgl. zur Eröffnung an die Versicherte vom 2. Mai 2014 Urk. 6/64, 6/65; vgl. auch die rechtskräftig beurteilten Genugtuungsansprüche: Urteil des Bundesgerichts 9C_236/2017 vom 3. April 2017 und Urteile des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.00532 und IV.2015.00697 vom 31. Januar respektive 8. Februar 2017).

Mit Schreiben vom 19. Januar 2015 wurde die Versicherte durch die IV-Stelle auf ihre Mitwirkungspflicht aufmerksam gemacht und darauf hingewiesen, dass ihr Gesundheitszustand mit einer traumaspezifischen Therapie wesentlich verbessert werden könne. Falls an den entsprechenden Massnahmen nicht teilgenommen werde, könne dies dazu führen, dass bei einer erneuten Anmeldung auf das Leistungsgesuch nicht eingetreten oder ein allfälliger Leistungsanspruch abgelehnt werde (Urk. 6/70). Nach der Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Urk. 6/71) verneinte die IV-Stelle das Bestehen eines

Rentenanspruchs mit Verfügung vom 14. April 2015 (Urk. 2).

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen

(E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2).

Nach dem zur Publikation in der amtlichen Sammlung bestimmten Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 können Rentenleistungen nicht allein aus dem Grund verweigert werden, weil es einem Gesundheitsschaden an der Therapieresistenz fehlt; vielmehr sind die funktionellen Einschränkungen der Krankheit objektiv abzuklären und zu beurteilen (E. 4.4). Verlauf und Ausgang von Therapien bilden jedoch wichtige Schweregradindikatoren. Ist eine Störung gut therapierbar, so ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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.

E. 1.4

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 aus geglichener 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5.1

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).

E. 1.5.2

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 351 E. 3b/aa).

E. 1.5.3

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierte Grundlage erfolgte. Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren

schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4 mit Hinweisen).

Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.5 mit Hinweisen).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 14. April 2015 davon aus, im Hinblick auf die Biographie der Versicherten, die in ihrer sozialen wie auch beruflichen Entwicklung über Jahrzehnte hinweg nicht eingeschränkt gewesen sei, sei die im MEDAS-Gutachten erwähnte Retraumatisierung und Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als nicht überwiegend wahrscheinlich zu betrachten. Die Foerster-Kriterien seien sodann nicht erfüllt (Urk. 2 S. 2). In der Beschwerdeantwort und in der Duplik hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Diagnose PTBS sei erstmals während der psychiatrischen Begutachtung in der MEDAS C. ___ gestellt worden und dies zwei Jahre nach dem Sturzereignis. In den medizinischen Vorakten gebe es diesbezüglich keinerlei Hinweise. Das Gutachten stelle vollumfänglich auf die subjektiven Angaben der Versicherten ab (Urk. 4). Weder die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung noch diejenige der PTBS seien nachvollziehbar begründet. Beide Störungen seien sodann therapeutisch angebar und der Leidensdruck sei im Hinblick auf die mangelnde Medikamentencompliance fraglich (Urk. 11).

In der Stellungnahme zum vom Gericht eingeholten ergänzenden Gutachten vom 12. Oktober 2017 hielt die IV-Stelle zudem fest, sie sei weiterhin der Ansicht, dass die gemäss ICD-10 geforderten Kriterien für eine posttraumatische Störung nicht erfüllt seien. Die Angaben zum Trauma seien vage. Auch Angaben zu den weiteren typischen Merkmalen fehlten. Es mangle an sämtlichen objektivierbaren Anhaltspunkten für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 34 S. 2). Für die Diagnose stütze sich der Gutachter auf allgemeine medizinische Ausführungen sowie eigene Mutmassungen. Er stelle erneut ohne kritische Würdigung vollumfänglich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab (Urk. 34 S. 2). Selbst wenn die posttraumatische Belastungsstörung lege artis diagnostiziert wäre, vermöchte diese wie auch die übrigen Leiden keine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen (Urk. 34 S. 2). Namentlich seien die Behandlungsoptionen noch nicht vollständig ausgeschöpft. Da die Versicherte sich nicht in einer traumaspezifischen Therapie befinde und keine entsprechenden Medikamente einnehme, bestehe kein ausgewiesener Leidensdruck (Urk. 34 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin liess in der Beschwerde demgegenüber geltend machen, die Gutachter der MEDAS C.____ hätten verschiedene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und sie hätten die Foerster-Kriterien als erfüllt beurteilt. Sodann seien die Erkenntnisse des Gutachtens durch die Ergebnisse der durchgeführten Observation bestätigt worden (Urk. 1 S. 4 f. und S. 6 f.). Die Gutachter hätten explizit dargelegt, dass die Beschwerde führerin durch die Vergewaltigung als damals Achtjährige traumatisiert worden sei und dass dies sie zwar nicht in der Leistungsfähigkeit, jedoch in ihrer Beziehungsgestaltung und in anderen sozialen Kontakten eingeschränkt habe. Es gebe keinen Grund, von der von den Gutachtern festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit abzuweichen (Urk. 1 S. 9). Auch die neu massgeblichen Indikatoren seien als erfüllt zu betrachten (Protokoll S. 4 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob auf das Gutachten der MEDAS C.____ beziehungsweise auf dessen vom Gericht eingeholte Ergänzung abgestellt werden kann, und ob dementsprechend von einem psychischen Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

E. 3.1

Die Versicherte befand sich vom 27. Oktober bis 5. November 2010 in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Stadtspitals E.____ (Urk. 6/14/2, 6/12/7). Bei Eintritt habe sich die Versicherte mit stärksten Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule präsentiert. Die durchgeführten Untersuchungen hätten keine relevanten Befunde ergeben, die die subjektiven Schmerzen und Einschränkungen vollständig erklären könnten (Urk. 6/12/7). Die Beschwerdeführerin gab gegenüber den Ärzten an, schon immer unter Rücken schmerzen gelitten zu haben. Nach dem Stolpersturz auf der Treppe sei es zu einer deutlichen Schmerzexazerbation gekommen. Die Schmerzen nähmen zu bei Bewegung, bei schnellem Gehen sowie auch nachts mit mehrmaligem Aufwachen. Sodann bestehe ein Dauerschmerz und eine allgemeine Schwäche und Müdigkeit (Urk. 6/14/2).

Ab dem 15. November bis zum 13. Dezember 2010 nahm die Versicherte sodann am interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen in der Rehaklinik F.____ teil (Urk. 6/12/9 = 6/23). Die Versicherte sei motiviert gewesen und habe bei allen Therapien mitgemacht. Trotz intensiver Rehabilitation hätten weder der Schmerzzustand noch die Belastbarkeit der Versicherten verbessert werden können (Urk. 6/12/10). G.____, Psychologin, hielt fest, zu Beginn des stationären Aufenthalts hätten sich Kränkungen, psychische Verletzungen und ein Gefühl von nicht ernst genommen gezeigt. Belastende Erfahrungen am früheren und am jetzigen Arbeitsplatz, erlebter Stress und Zukunftssorgen hätten immer wieder im Zentrum gestanden (Urk. 6/12/11; vgl. auch Urk. 6/28).

Dr. H.____, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 20. April 2011 ein akutes generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom panvertebral mit Exazerbation nach dem Treppensturz vom 14. September 2010, mit dysfunktionaler Schmerzverarbeitung und depressiver Verstimmung (Urk. 6/12). Er habe die Versicherte wegen der persistierenden Beschwerden nach der intensiven Therapie in der Rehaklinik F.____ dem Zentrum I.____ überwiesen (Urk. 6/12/3).

E. 3.2

Nach den Angaben der Ärzte des Zentrums I.____ vom 30. März 2011 lagen bei der Beschwerdeführerin ein reaktiv-depressives Syndrom (ICD-10 F 32.9), ein Augenlid-Tic (ICD-10 F 95.8) sowie chronische Rückenschmerzen vor. Es fänden regelmässige psychotherapeutische Sitzungen in ein bis zweiwöchentlichen Abständen sowie eine psychopharmakologische Behandlung der depressiven Symptomatik statt. Die fehlende Belastbarkeit mit verminderter Anpassungsfähigkeit, bedingt durch die psychischen Beschwerden und die chronischen Rückenschmerzen, ergäben aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Wegen der seit neun Jahren andauernden Rückenschmerzen und der begleitenden depressiven Entwicklung bestehe eine ungünstige Prognose (Urk. 6/16/2).

E. 3.3

Nach den Angaben von Dr. B.____ vom 1. Juni 2011 liege nach Vorgeschichte, Beschwerdeschilderung, bisherigem Krankheitsverlauf und aktuellem Befund eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) vor. Hinweise für eine affektive Erkrankung mit einem episodentartigen Verlauf fänden sich nicht (Urk. 6/21/5). Die ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von zuletzt 100 Prozent als Coiffeuse beziehungsweise Aushilfsverkäuferin sei aus psychiatrischer Sicht dem Krankheitsbild und dessen klinischer Ausprägung bislang angemessen gewesen. Aufgrund der jetzigen Befundlage sei anzunehmen, dass bei der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit nur noch für einen begrenzten Zeitraum bestehe. Ab September 2011 sei die Versicherte aus aktueller Sicht wieder in vollem Umfang arbeitsfähig (Urk. 6/21/5).

E. 3.4

Die Ärzte der Klinik J.____ hielten in ihrem Bericht vom 22. Juni 2011 fest, die Versicherte sei zur weiteren Beurteilung und Behandlung bei seit neun Jahren bestehenden Rückenbeschwerden zugewiesen worden. Unter Berücksichtigung der degenerativen Veränderungen bei Spondylarthrosen lumbal sowie bei auch leichtgradigen Diskopathien ohne Anhaltspunkte für eine Neurokompression empfahlen sie die Fortführung der konservativen Therapie (Urk. 6/22/7). Die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse sei der Versicherten noch zumutbar (Urk. 6/22/8).

E. 3.5

In ihrem Bericht vom 6. Juli 2011 diagnostizierten die Ärzte des Zentrums I.____ eine gemischte Persönlichkeitsstörung, Cluster B mit schizoiden Zügen (ICD-10 F 61.0), und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig in Remission (ICD-10 F 33.4). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie einen Augenlid-Tic (ICD-10 F 95.8) und chronische Rückenschmerzen auf (Urk. 6/26/3). Durch eine mangelhafte Aufmerksamkeitsspanne über die Zeit und durch Konzentrationsstörungen könnten Fehler bei der Arbeitsausführung entstehen. Die soziale Kompetenz sei bereits seit der Kindheit eingeschränkt (Urk. 6/26/4). Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt scheine im Moment nicht gegeben (Urk. 6/26/4). Da es sich um eine chronisch rezidivierende depressive Entwicklung und chronische Rückenschmerzen handle, die sich beide bis zum heutigen Zeitpunkt als sehr schwer behandelbar erwiesen hätten, schätzten sie die Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit aus ärztlicher Sicht zum heutigen Zeitpunkt als eher schlecht ein (Urk. 6/26/1).

E. 3.6

Im Rahmen eines Gesprächs mit der Berufsberatung der IV-Stelle gab die Versicherte am 6. Oktober 2011 an, sie möchte, dass man sie in Ruhe lasse, am besten gehe es ihr zu Hause.

Sie fühle sich nicht in der Lage, unter Leute zu gehen, sie gehe nur täglich kurz mit dem Hund nach draussen (Urk. 6/29/4).

E. 3.7

In der MEDAS C.____ wurde die Versicherte im Juni 2012 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch abgeklärt. Im Rahmen der somatischen Untersuchungen wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 6/39/22). Das generalisierte Schmerzsyndrom sei ohne rheumatologisches Korrelat und wahrscheinlich mit sekundärer muskulärer Dekonditionierung (Urk. 6/39/29).

Bei der Befragung durch von Dr. K.____, Facharzt für Innere Medizin, und seiner Frage an die Beschwerdeführerin, wann das Augenzucken begonnen habe, habe die Versicherte zu weinen begonnen und bestätigt, dass in der Vergangenheit etwas Schweres vorgefallen sei. Ihr behandelnder Psychiater sei seit zwei Konsultationen darüber in Kenntnis (Urk. 6/39/15).

Über diesen Umstand informierte Dr. K.____ den untersuchenden Psychiater. Die ser diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Juli 2012 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.40) und eine Agoraphobie und Phobie vor engen Räumen (ICD-10 F 40.0 und F 40.2). Diese Diagnosen wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Verdacht auf Vorliegen einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0), höchstwahrscheinlich ab Oktober 2012 zutreffend und dann mit starkem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z 73.0) und ein Augenlid-Tic (ICD-10 F 95.8; Urk. 6/39/40; vgl. auch Urk. 6/39/21-22).

Im Rahmen der Untersuchung habe sich gezeigt, dass die Versicherte mit acht Jahren durch eine Vergewaltigung traumatisiert worden sei. Sie habe dieses Erlebnis sehr lange Zeit für sich behalten. Es habe sie über sehr lange Zeit offenbar wenig in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, jedoch lebenslang in ihrer Beziehungsgestaltung und in anderen sozialen Kontakten. Ein weiteres belastendes Thema sei die früh gestörte Beziehung zum Vater, der dann, als die sie besser geworden sei, verstorben sei. Der Treppensturz im September 2010 habe für sich keine eigene traumatische Reaktion ausgelöst. Es habe aber überwiegend wahrscheinlich eine Retraumatisierung stattgefunden, da der Explo randin nach dem Sturz die gleichen Körperregionen geschmerzt hätten wie damals bei der Vergewaltigung. Diese Prozesse seien häufig zu beobachten. Patienten hätten vor langer Zeit ein Trauma erlebt, das noch bewusst sein könne, aber nicht müsse. Kämen sie dann Jahre später in eine Situation, in der nur ein Aspekt sehr ähnlich der Situation bei der Traumatisierung sei, reiche dies aus, dass Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aktiviert würden. Dies sei bei der Beschwerdeführerin zu beobachten. Während sie recht problemlos vom Treppensturz berichten könne, habe sie deutliche, oben beschriebene Auffälligkeiten, die von innerer Betroffenheit und Aufgewühltheit zeugten (Urk. 6/39/42). Die Kriterien nach ICD-10 für eine posttraumatische Belastungsstörung seien stark erfüllt. Die Versicherte habe negative Träume, lebendige Erinnerungen und sie vermeide in der Beziehung oft intime Annäherung. Sexualität könne sie nicht geniessen. Sie habe Durchschlafstörungen und sei manchmal reizbar (ohne Medikation). Zudem bestünden Konzentrationschwierigkeiten. Darüber hinaus dränge sich der Verdacht auf eine anhaltende Persönlichkeitsänderung auf, die jedoch aufgrund des Zeitkriteriums von zwei Jahren noch nicht erfüllt sei, wenn man

vom Retraumatisierungsdatum im September 2010 ausgehe (Urk. 6/39/42). Die Phobien seien überwiegend wahrscheinlich ebenfalls Folge der Traumatisierung. Sie hätten eine Relevanz für Arbeit in engen Räumen oder mit vielen Menschen (Urk. 6/39/42). Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei weiterhin gegeben. Mit der PTBS liege eine deutliche Komorbidität vor und in kurzer Zeit wahrscheinlich auch mit einer andauernden Persönlichkeitsänderung. Die Diagnose somatoforme Schmerzstörung sei somit mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu werten. Frühestens nach einem Jahr mache es nach adäquater Psychotherapie Sinn, eventuelle Veränderungen festzustellen (Urk. 6/39/43). Die Versicherte sei sowohl als Coiffeuse wie auch als Verkäuferin nicht mehr arbeitsfähig. Aktuell sei sie zudem in keiner ausserhäuslichen Tätigkeit arbeitsfähig (Urk. 6/39/22).

E. 3.8

RAD-Arzt Dr. L.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 6. Dezember 2012 fest, dass die Versicherte in der Kindheit ein Trauma im Rahmen eines sexuellen Missbrauchs erlitten habe, sei nachvollziehbar. Jedoch sei das Trauma einmalig und nur von kurzer Dauer gewesen. Dass dadurch eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Störungen entstanden sei, erscheine möglich. Nicht nachvollziehbar sei jedoch, dass der Treppensturz eine Retraumatisierung hervorgerufen habe. Auch sei die Diagnose einer PTBS zu wenig begründet. Dass das Trauma die Ursache der Schmerzverarbeitungsstörung darstelle, sei möglich. Warum es bei einem einmaligen kurzen lang zurückliegenden Trauma bereits zu einer schweren Persönlichkeitsänderung gekommen sei, sei ebenfalls nicht ausreichend begründet (Urk. 6/68/2-3).

E. 3.9

Circa im Januar oder Februar 2013 war die Versicherte drei- bis viermal bei Dr. M.____ am Universitätsspital N.____ in Behandlung (vgl. Urk. 6/58, 6/60). Im Anschluss wechselte sie wieder ins Zentrum I.____ (vgl. Urk. 6/58).

Bei der in der Zeit zwischen dem 21. Januar und dem 25. Februar 2013 und zwischen dem 29. Juni und 3. Juli 2013 durchgeführten Observation hatten gemäss den Angaben des Observators keine gravierenden Widersprüche zum MEDAS-Gutachten festgestellt werden können (Urk. 7/1/1 S. 6 und 7/1/2 S. 5).

Nach der Durchführung der Observation hielt RAD-Arzt Dr. L.____ am 17. Juli 2013, alles in allem bestätigten die Observationen die Befunde des Gutachtens und die Aussagen der Versicherten (Urk. 6/68/4). Es sei weiterhin auf die Angaben im MEDAS-Gutachten abzustellen. Jedoch sollte eine Revision in zwölf Monaten erfolgen (Urk. 6/68/4, vgl. auch Urk. 6/69/8).

E. 3.10

Nach den Angaben der Ärzte des Zentrums I.____ vom 20. Januar 2014 leidet die Versicherte an einer posttraumatischen Belastungsstörung (seit 1986, ICD-10 F 43.1), einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (seit 2010, ICD-10 F 62.0) mit abhängigen Zügen, einer Somatisierungsstörung (seit 2010, ICD-10 F 45), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1) sowie unter einer Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung (seit 2010, ICD-10 F 40.0). Diese Leiden wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Versicherte habe angegeben, dass sie am 14. September 2010 auf einer Treppe auf den Rücken gestürzt sei und seither an

Schmerzen leide. Im Alter von acht Jahren sei sie von einem Unbekannten vergewaltigt worden. Seitdem leide sie unter gedrückter Stimmung, Angstzuständen, sozialem Rückzug, Schuld- und Scham geföhlen, Gedankengrübeln, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und einer Augenlid-Tic-Erkrankung. In den letzten sieben bis acht Jahren hätten diese Symptome stark zugenommen (Urk. 6/63/3). Die Ärzte hielten fest, als Befunde beständen Intrusionen, Flash-Backs und partielle Amnesie (Urk. 6/63/3). Aus medizinischer Sicht sei von einer ungünstigen Prognose aus zugehen, da der Krankheitsverlauf lang und ohne wesentliche Besserung sei und zudem eine Persönlichkeitsstörung als Komorbidität vorhanden sei (Urk. 6/63/3). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/63/4).

E. 3.11

Bei der durch O.____ von der IV-Stelle erfolgten Eröffnung der Observation an die Versicherte am 2. Mai 2014 habe die Versicherte ausgeführt, sie könne sich vorstellen, von wem die anonyme Meldung stamme. Daraufhin sei sie in sehr heftiges Weinen ausgebrochen, habe angefangen zu zittern, stossweise zu amten und zu schluchzen. An ein Gespräch mit der Versicherten sei in der Folge nicht mehr zu denken gewesen (Urk. 6/66/1).

E. 3.12

Am 23. August 2017 gab die Beschwerdeführerin gegenüber D.____ an, in Bezug auf eine Arbeit seien für sie die Schmerzen am meisten einschränkend. Sodann ertrage sie es nicht, die ganze Zeit Menschen um sich herum zu haben. Sie brauche einfach viel Ruhe. Die Vorstellung, sich in einem Raum mit vier weiteren Personen aufzuhalten, mache sie nervös. Mit dem Trep pensturz 2010 habe alles angefangen. Immer wenn sie die Treppe bei sich runterlaufe, komme ihr das Bild vom Sturz vor Augen und es schleiche sich eine Angst ein. Auch sonst könne der Sturz immer wieder in ihre Gedanken kommen (Urk. 28 S. 7). Der Gutachter gab an, die Versicherte habe sich schluchzend und weinend hinter ihrem Taschentuch versteckt, als er sie auf die als Achtjährige erlebte Vergewaltigung angesprochen habe, und habe sich kaum beruhigen können (Urk. 28 S. 7). Nach einer 25-minütigen Pause hätten sie vereinbart, auf das Thema Vergewaltigung nicht mehr einzugehen. Die Versicherte habe sodann angegeben, dass sie in der in zweiwöchigen Abständen durchgeführten Therapie auch schaue, dass die Vergewaltigung dort nicht so oft vorkomme (Urk. 28 S. 8).

D.____ diagnostizierte im Ergänzungsgutachten vom 12. Oktober 2017 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.40), eine post traumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) und eine Agoraphobie und Phobie vor engen Räumen (ICD-10 F 40.0 und F 40.2). Diese Diagnosen wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die abhängigen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z 73.0), der Augenlid-Tic (ICD-10 F 95.8) und der Verdacht auf Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0; Urk. 28 S. 13).

Es scheine, dass keine traumaspezifische Therapie durchgeführt worden sei. Es sei jedoch nicht erkennbar, dass sich die Versicherte einer solchen Therapie verweigert hätte. Nicht über das Trauma reden zu wollen, sei keine Verweigerung, sondern zeige, dass sie diesbezüglich bei Weitem nicht genügend stabil gewesen sei (Urk. 28 S. 13). Es sei höchstens insofern von einem Erfolg der Therapien auszugehen, als die Versicherte über die letzten fünf Jahre nicht kompensiert sei. Die Psychotherapie scheine zu unspezifisch, und zumindest im Zeitpunkt der Untersuchung bei der MEDAS habe die Versicherte zu wenig

Wirkstoffe der Medikamente Duloxetin und Quetiapin im Blut gehabt. Immerhin könne beim Duloxetin festgehalten werden, dass sie es nehme, das Quetiapin sei nicht nachweisbar gewesen. In Zukunft seien hier mehrmals pro Jahr Blutspiegelkontrollen durchzuführen, um allenfalls die Compliance zu klären. Insgesamt zeige der Psychostatus allenfalls eine leichte Verschlechterung im Vergleich zum Jahr 2012. Aufgrund der Videoaufnahmen erscheine es, dass sie in einem Schutz aus Angehörigen und zumindest mit einer Tendenz zu innerer Dissoziation gewisse Alltagsaktivitäten ausführen könne (Urk. 28 S. 14). Jedoch zeigten insbesondere die schriftlichen Angaben der observierenden Firma, dass die Ver sicherte an den Observationstagen kaum ihre Wohnung verlassen habe, was die Angaben zum sozialen Rückzug stütze (Urk. 28 S. 14). Es sei eine adäquate Psychotherapie durchzuführen, die die Traumatisierung, die Phobien, die somatoforme Störung und die Zukunft zum Thema habe, und es sei die medikamentöse Behandlung zu klären. Unter adäquater Therapie seien Verbesserungen möglich, wenn die Chronifizierung auch fortgeschritten sei. Die genaue Entwicklung unter Therapieoptimierung sei nicht seriös vorhersagbar. Jährliche Kontrollen seien zu empfehlen (Urk. 28 S. 14 f. und S. 18).

Weiterhin sei er der Ansicht, dass es beim Treppensturz zu einer Retraumatisierung gekommen sei. Es habe sehr spürbar gewirkt und nur schwer steuerbar, wie die Explorandin bereits schon beim Ansprechen des Traumas dekompenziert und nur sehr schwer zu beruhigen gewesen sei, weswegen er auf eine weitere Exploration zu diesem Thema verzichtet habe, um eine weitere Gesundheitschädigung zu vermeiden (Urk. 28 S. 16). Aufgrund der bestehenden Einschränkungen insbesondere wegen der schweren Beeinträchtigung von Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit und der weiteren mittelschwer oder leicht beeinträchtigten Fähigkeiten seien die angestammten Tätigkeiten nicht mehr zumutbar (Urk. 28 S. 17). Eine angepasste Tätigkeit dürfe nicht in engen Räumen und/oder mit vielen anderen Personen ausüben sein. Die Anwesenheit von Angehörigen wäre notwendig, um das Angstniveau reduziert zu halten. Arbeit zu Hause wäre zu bevorzugen. Es dürften keine körperlich belastenden Tätigkeiten sein. Sie müsste jederzeit Pausen machen und sich zurückziehen dürfen. Zeitlicher und insbesondere kritischer Leistungsdruck dürften nicht gegeben sein. Die Aufgaben dürften keine Entscheidungsleistung von der Beschwerdeführerin fordern und Veränderungen müssten vermieden werden. Während der Anwesenheit von Angehörigen könnte die Leistungsfähigkeit dann bei einer körperlich nicht belastenden Heimarbeit ohne relevante Ansprüche an die Konzentration phasenweise bei 50 % liegen. Insgesamt erscheine so jedoch eine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft als nicht gegeben. Berufliche Massnahmen und dergleichen seien aktuell nicht zumutbar (Urk. 28 S. 17 f.).

Die Schmerzen verstärkten einerseits die depressive Affektivität und umgekehrt nehme die PTBS starken negativen Einfluss auf das Schmerzerleben und die Stimmungslage. Die Phobien seien weiterhin eine Folge der Traumatisierung und gemäss ICD-10 als eigene Störungen zu führen. Hinweise für eine Aggravation bestünden keine (Urk. 28 S. 20). Die abhängigen Persönlichkeitszüge könnten die Entwicklung der anderen Störungen wie auch die Chronifizierung derselben (mit-)erklären. Seit dem Jahr 2010 sei es zu einer relevanten Veränderung der Persönlichkeit gekommen, die die Versicherte erheblich beeinträchtigte. Die Beeinträchtigungen bestünden in einem Grundmisstrauen, einem starken sozialen Rückzug, in Leere und Hoffnungslosigkeit, in sichtbarer Nervosität und einem Fremdheitsgefühl unter Menschen (Urk. 28 S. 20). Der aktuelle Lebenskontext seit 2010

halte kaum oder nur wenige Ressourcen bereit (Urk. 28 S. 21). Ob in Bezug auf die Medikamenteneinnahme eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz bestehe, müsste noch geprüft werden (Urk. 28 S. 21).

E. 4.1

Vorab ist festzuhalten, dass sich die von der Beschwerdegegnerin im Hinblick auf künftige Anmeldungen erfolgte Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im vorliegenden Verfahren nicht auswirken kann (vgl. Urk. 6/70; vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 7b IVG). Zu überprüfen ist die Rechtmässigkeit der einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung vom 14. April 2015 (Urk. 2).

Sowohl das MEDAS-Gutachten vom 26. September 2012 (Urk. 6/39) als auch das ergänzende psychiatrische Teilgutachten vom 12. Oktober 2017 (Urk. 28) beruhen auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen und den Vorakten. Ein somatisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht nach der überzeugenden gutachterlichen Einschätzung, womit auch die Parteien übereinstimmen, nicht.

Auch die von D.____ diagnostizierten psychischen Leiden, namentlich die somatoforme Schmerzstörung - werden - mit Ausnahme der posttraumatischen Belastungsstörung, worauf nachfolgend einzugehen ist – von den Parteien zu Recht nicht (mehr) in Frage gestellt (vgl. Urk. 34). Das Bestehen einer somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise eines vergleichbaren Leidens geht denn auch aus den verschiedenen ärztlichen Berichten deutlich hervor.

E. 4.2.1

Nach den Angaben von D.____ war die Versicherte durch eine im Alter von acht Jahren erlittene Vergewaltigung traumatisiert worden. Beim Treppensturz vom 14. September 2010 sei sie, da dabei die gleichen Körperregionen geschmerzt hätten, retraumatisiert worden. Es liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor (Urk. 6/39/20, 6/39/42, 28 S. 15 f.). Die Beschwerdegegnerin zweifelt das Bestehen der diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung an (vgl. Urk. 34). Zu prüfen ist vorab, ob dieses Leiden als ausgewiesen zu betrachten ist (vgl. BGE 142 V 346 E. 5.2.2).

E. 4.2.2

Das für die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung verantwortliche Trauma erlitt die Beschwerdeführerin im Alter von acht Jahren und damit in der Zeit von 1986. Im Zeitpunkt des Treppensturzes am 14. September 2010 lag es bereits 24 Jahre zurück. Die erlittene Vergewaltigung ist allein durch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, welche nicht einmal die Eltern davon in Kenntnis zu setzen vermocht habe (vgl. Urk. 6/39/34), belegt. Der Beweis für dieses Trauma lässt sich somit nicht ohne Weiteres erbringen (vgl. BGE 142 V 346 E. 5.2.2 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_687/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2).

Im Rahmen der ersten Untersuchung in der MEDAS C.____ beschrieb die Versicherte die Vergewaltigung und den daran anschliessenden Verlauf (Urk. 6/39/34-35). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist damit nicht völlig unklar, was passiert war (vgl. Urk. 34). Bei der zweiten Untersuchung vom 23. August 2017 vermochte die Beschwerdeführerin sich nicht mehr zu den Umständen der Vergewaltigung zu äussern (Urk. 28 S. 7 f.). Während der ersten Untersuchung beobachtete D.____, dass der Augenlid-Tic beim Berichten über das Trauma stärker auftrat als sonst während der

Untersuchung (Urk. 6/39/34). Die Versicherte habe während der Untersuchung wiederholt geweint (Urk. 6/39/35, 6/39/40, 6/39/42). Bei der zweiten Untersuchung vom 23. August 2017 habe die Versicherte sich hinter ihrem Taschentuch versteckt und unter Schluchzen und Weinen angegeben, über die Vergewaltigung rede sie nicht gerne. In der Folge sei es zu einer Reaktion mit starker Erregung, Zittern, Weinen und Hyperventilieren gekommen, und die Untersuchung habe unterbrochen werden müssen und in diesem Punkt nicht fortgesetzt werden können (Urk. 28 S. 7 f.). Aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin und der dabei beobachteten psychophysischen Symptomen wie der Verstärkung des Augenlid-Tics und dem (intensiven) Weinen beziehungsweise dem Dekompensieren erachteten die Gutachter, insbesondere D.____, die Angaben der Versicherten als glaubhaft (Urk. 6/39/15, 6/39/34 f., 6/39/40). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 34 S. 2) waren für die Gutachter, insbesondere für D.____, somit nicht nur die (subjektiven) Angaben der Beschwerdeführerin relevant, sondern auch die bei der Untersuchung beobacht- und feststellbaren Symptome.

Das Sozialversicherungsgericht führte im Urteil vom 31. Januar 2017 (Verfahren IV.2015.00532 betreffend Genugtuung) aus, es sei grundsätzlich nachvollziehbar, wenn eine versicherte Person ein traumatisches Erleben vorerst auch im Rahmen einer Behandlung verschweige. Im Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS C.____ im Juni 2012 habe die Versicherte bereits seit einem halben Jahr in psychiatrischer Behandlung gestanden. Angesichts des längeren Verschweigens des bestimmenden Traumas, welches dazu führte, dass nicht rechtzeitig eine geeignete Therapie durchgeführt werden konnte, sei von einer gewissen Inkonsistenz im Verhalten der Beschwerdeführerin auszugehen gewesen (E. 6.3). Dieser gewissen Inkonsistenz im Verhalten der Beschwerdeführerin, die angab, sich nicht vorher getraut zu haben, über das Trauma zu erzählen (vgl. Urk. 6/39/34), kommt bei im Weiteren wahrheitsgetreuen Angaben vorliegend keine entscheidende Bedeutung zu.

Wie die Versicherte gegenüber den Ärzten der MEDAS C.____ im Juni 2012 angab, entstand im Nachgang zu diesem traumatischen Ereignis der Augenlid-Tic (Urk. 6/39/15, 6/39/34-35). Bereits gegenüber den Ärzten des Zentrums I.____ hatte die Versicherte angegeben, seit dem achten Lebensjahr an der Augenlid-Tic-Erkrankung zu leiden, damals noch ohne von der Vergewaltigung zu berichten (Bericht vom 15. Juli 2011, Urk. 6/26/2). Die Aussagen zum Zeitpunkt der erlittenen Vergewaltigung beziehungsweise zum Auftreten des Augenlid-Tics sind somit kohärent. Angesichts der nachvollziehbaren Einschätzungen der Gutachter, insbesondere von D.____, und der im Übrigen wahrheitsgetreuen Angaben ist das erlittene Trauma grundsätzlich als ausreichend nachgewiesen zu betrachten.

E. 4.3

Entgegen den Angaben der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 34) lagen sodann die für die posttraumatische Belastungsstörung typischen Nachhallerinnerungen, Flashbacks oder Träume und auch die weiteren Symptome vor (vgl. ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, Bern 2015, S. 207). Namentlich gab die Versicherte gegenüber D.____ an, beim Erzählen des belastenden Ereignisses gehe es ihr schlecht. Es kämen ihr die Bilder hoch, als sie klein gewesen sei. Das mache sie nervös. Aber die Bilder kämen auch sonst, wenn man sie nicht speziell darauf ansprechen würde. Es laufe auch immer wieder ein Film ab (Urk. 6/39/34-35). Zustände wie beim Ansprechen der Vergewaltigung am 23. August 2017 habe sie mindestens zweimal die Woche (Urk. 28 S.

7). Die Versicherte beschrieb sodann auch, dass Bilder vom Treppensturz vor ihre Augen kämen (Urk. 6/39/36, 28 S. 7). D.____ bejahte entsprechend das Vorliegen der für eine PTBS relevanten Symptome (vgl. Urk. 28 S. 15).

E. 4.4

Die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der PTBS bedarf dort einer eingehenderen Begründung, wo ausnahmsweise ein späterer Beginn - als wenige Wochen bis sechs Monate – berücksichtigt werden soll (vgl. BGE 142 V 346 E. 5.2.2).

D.____ ging - wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.7) - von einer beim Treppensturz vom 14. September 2010 erfolgten Auslösung der PTBS aus. Die Fachliteratur beschreibe, dass das traumatische Gedächtnis bereits durch sensorische Einzelreize, die mit der ursprünglichen Traumasituation in einer (möglicherweise auch nur zufälligen) räumlichen oder zeitlichen Kontingenz gestanden hätten, in seiner Gesamtheit ausgelöst werden könne (vgl. Urk. 28 S. 16). Die Versicherte habe problemlos vom Treppensturz berichten können, habe dabei aber Symptome gezeigt, die von innerer Betroffenheit und Aufgewühltheit gezeugt hätten (vgl. Urk. 6/39/42). Die Informationen zur Vergewaltigung seien deutlich nach den Informationen zum Treppensturz erhoben worden (Urk. 6/39/35). Diese Beurteilung ist entgegen den ersten Ausführungen von RAD-Arzt Dr. L.____ nachvollziehbar (vgl. Urk. 6/68/2-3; vgl. aber auch Urk. 6/68/4 und 6/69/8). Auch die somatischen Gutachter der MEDAS C.____ beschrieben das Unfallereignis als massiven Einschnitt. Es habe sich um eine Bagatelle gehandelt, die aber massivste Schmerzen ausgelöst habe, dergestalt, dass die Versicherte drei Tage lang stationär abgeklärt werden müssen und diversen weitgehenden Untersuchungen unterzogen worden sei (Urk. 6/39/19). Auch die Versicherte beschrieb den Treppensturz als für die Einschränkungen massgebendes Ereignis (Urk. 6/39/36-37). Die PTBS wird zudem häufig übersehen, namentlich bei lange zurückliegender Traumatisierung im Kindesalter oder bei der Komorbidität mit Angst und Somatisierung (Hausotter, Psychiatrische und psychosomatische Begutachtung für Gerichte, Sozial- und private Versicherungen, Frankfurt 2016, S. 247). Damit kann aus dem Umstand, dass die nach dem Treppensturz zuerst behandelnden Psychiater und Psychiaterinnen des Zentrums I.____ keine entsprechende Diagnose gestellt haben, nicht auf das Fehlen der PTBS geschlossen werden. D.____ legte zudem dar, dass die Versicherte nach der Vergewaltigung stets in ihrer Beziehungsgestaltung und in anderen sozialen Kontakten beeinträchtigt gewesen war (Urk. 6/39/20). Zum selben Schluss waren auch die Ärztinnen und Ärzte des Zentrums I.____ gekommen, welche von einer seit der Kindheit eingeschränkten sozialen Kompetenz berichtet hatten (vgl. Urk. 6/26/4). Es trifft damit nicht zu, dass die Versicherte vor der Retraumatisierung eine gänzlich unbelastete Biographie aufgewiesen hatte, welche eine PTBS unwahrscheinlich mache (vgl. Urk. 34 S. 2).

Auch wenn im Zeitpunkt des Treppensturzes durch die bestehende Arbeitslosigkeit eine psychosoziale Belastungssituation bestand, ist gesamthaft betrachtet und insbesondere aufgrund der nachvollziehbaren und einleuchtenden Beurteilung von D.____ die Diagnose der PTBS als nachgewiesen zu betrachten.

Selbst wenn aber aufgrund des langen Zeitraums zwischen Trauma und Auftreten der PTBS die diagnostische Zuordnung als posttraumatische Belastungsstörung als zweifelhaft zu betrachten wäre, so läge mit der als Kind erlebten Vergewaltigung zumindest ein erheblicher Belastungsfaktor vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015 vom 24.

November 2015 E. 3.3.3, 3.4 und 4.1.1). Eine Vergewaltigung stellt, auch wenn es sich um ein einmaliges Vorkommnis gehandelt hat, eine erhebliche Belastung dar; nach den Angaben von D.____ berge eine Vergewaltigung gemäss der Literatur ein 49%iges Risiko für das Auftreten einer PTBS (Urk. 28 S. 15). Zudem gab die Versicherte an, den Täter bis ins Alter von zwölf Jahren, das heisst bis 1990, dem Jahr ihrer Einreise in die Schweiz noch mehrmals gesehen zu haben (Urk. 6/39/34-35), so dass anzunehmen ist, dass die Belastungssituation in gewisser Weise andauerte.

E. 5.1

Zu prüfen ist, ob die Gutachter der MEDAS C.____, insbesondere der Psychiater D.____, sich im Rahmen ihrer Beurteilungen an die normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4).

E. 5.2.1

Im Gutachten vom 26. Juli 2012 hielt D.____ fest, die Kriterien für eine PTBS seien stark erfüllt (Urk. 6/39/42). Sodann bestehe der Verdacht auf eine anhaltende Persönlichkeitsänderung. Hier würden dann auch die dissoziativen, psychotischen und depressionsnahen Elemente erfasst. Sodann bestehe die somatoforme Schmerzstörung (Urk. 6/39/42). Im ergänzenden Gutachten vom 12. Oktober 2017 führte er insoweit aus, es liege bei der Versicherten weiterhin eine PTBS vor. Bereits beim Ansprechen des Traumas sei die Versicherte dekompenziert und sie sei nur schwer zu beruhigen gewesen. Die Versicherte sei sodann durch das Schmerzerleben beeinträchtigt. Auch die Videoaufnahmen bestätigten, dass die Versicherte jegliches Heben und Tragen schwerer Gegenstände vermeide (Urk. 28 S. 19). Bei der Versicherten sei sodann eine Änderung der Persönlichkeit feststellbar, die zwar nicht zu einer eigenen Diagnose führe, die Versicherte jedoch stark beeinträchtige (Urk. 28 S. 20). D.____ beschrieb die Einschränkungen als erheblich. Die Versicherte sei bei verschiedenen Aktivitäten mittel- bis schwer beeinträchtigt und eine angepasste Tätigkeit wäre nur eine Tätigkeit, die in Anwesenheit von Angehörigen, am besten zu Hause ausgeübt werden könnte (Urk. 28 S. 17 f.).

Damit wurde durch D.____ ein Leiden von erheblichem Schweregrad plausibel darlegt.

E. 5.2.2

Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz führte D.____ im Ergänzungsgutachten vom 12. Oktober 2017 aus, es sei höchstens insoweit ein Erfolg der Therapien eingetreten, dass die Versicherte über die letzten fünf Jahre nicht dekompenziert sei (Urk. 28 S. 14). Es sei eine adäquate Psychotherapie durchzuführen, die die Traumatisierung, die Phobien, die somatoforme Schmerzstörung und die Zukunftsrichtung zum Thema habe. Eine erfahrene Therapeutenperson, die der Versicherten für lange Zeit zur Verfügung stehe, sollte in Verbindung mit guter Medikamenteneinnahme noch Veränderungen bei der jungen Frau erreichen können. Wieweit diese gehen werden, sei nicht seriös vorauszusagen. Jährliche Kontrollen seien sinnvoll (Urk. 28 S. 14). Die Chronifizierung sei fortgeschritten (Urk. 28 S. 15). In welchem Rahmen Verbesserungen des psychischen Befindens dann positiven Einfluss auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit haben könnten, könne frühestens nach Eintreten erster feststellbarer Verbesserungen eingeschätzt werden (Urk. 28 S. 18, vgl. auch S. 19).

Gestützt auf diese Ausführungen von D.____ kann nicht von der Therapieresistenz des Leidens ausgegangen werden. Ebenso wenig kann aber angenommen werden, das Leiden der Versicherten sei gut therapierbar (vgl. das zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2); vielmehr beurteilte D.____ das Erreichen arbeitsunfähigkeitsrelevanter Verbesserungen als vorderhand nicht einschätzbar. Unter diesen Umständen ist die Schlussfolgerung von D.____, welcher trotz bestehender Behandlungsoptionen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annahm, nachvollziehbar.

E. 5.2.3

Somatisch begründete Komorbiditäten liegen keine vor und wurden seitens der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Dies ergaben die im Nachgang zum Treppensturz erfolgten Abklärungen sowie das Ergebnis der Begutachtung in der MEDAS C.____. In psychiatrischer Hinsicht stellte D.____ verschiedene Diagnosen. Er hielt fest, die Schmerzen verstärkten einerseits die depressive Affektivität und umgekehrt nehme die PTBS starken negativen Einfluss auf das Schmerzerleben und die Stimmungslage (Urk. 28 S. 19 f.). Die Leiden beeinflussen sich somit gegenseitig negativ.

E. 5.3

Bereits die Ärzte des Zentrums I.____ beschrieben die Persönlichkeit der Versicherten im Bericht vom 6. Juli 2011 als auffällig beziehungsweise diagnostizierten eine Persönlichkeitsstörung (Urk. 6/26/1). Der Gutachter D.____ beschrieb die Persönlichkeit der Versicherten als abhängig. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge könnten sowohl die Entwicklungen der anderen Störungen wie auch die Chronifizierung derselben (mit-)erklären (Urk. 28 S. 20). Sodann sei von einer stark beeinträchtigenden Persönlichkeitsänderung auszugehen. Diese bestehe in einem Grundmisstrauen, einem starken sozialen Rückzug, Leere und Hoffnungslosigkeit, sichtbarer Nervosität und einem Fremdheitsgefühl unter Menschen (Urk. 28 S. 20). Insgesamt wurden durch D.____ damit erhebliche Hemmnisse deutlich gemacht, die sich aus der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ergeben. Die Versicherte gab an, bezüglich sozialer Kontakte seit ihrer Jugend eher zurückhaltend gewesen zu sein (Urk. 6/26/2, 6/63/2). Aktuell beschränkten sich die Kontakte der Versicherten auf die Kernfamilie, die Mutter und die Schwiegermutter und die Geschwister (Urk. 6/39/37, 28 S. 9). D.____ hielt fest, ihr aktuelles soziales Netzwerk sei nur noch die enge Familie und das Therapeutesystem. Es liege ein sozialer Rückzug vor (Urk. 28 S. 21). Nach der nachvollziehbaren Einschätzung von D.____ ergeben sich aus dem sozialen Kontext nur geringe Ressourcen.

E. 5.4.1

Im Rahmen der Überwachung wurden keine Inkonsistenzen festgestellt. Die Versicherte vermied es namentlich, (schwere) Gewichte zu tragen, und begab sich nur selten und in der Regel in Begleitung ausser Haus (Urk. 7/1/1-2). Sowohl RAD-Arzt Dr. L.____ als auch D.____ beschrieben die Versicherte aufgrund der Observationsunterlagen als unsicher, als sie allein unterwegs gewesen sei. Auch in Begleitung habe sie zwar weniger ängstlich, aber dennoch mimisch verarmt gewirkt (vgl. Urk. 6/68 S. 4 und 28 S. 14). D.____ schloss daraus, dass die Versicherte im Schutz von Angehörigen gewisse Alltagsaktivitäten ausführen könne (vgl. Urk. 28 S. 14). Entsprechend nahm er auch an, dass die Anwesenheit von Angehörigen Voraussetzung für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit wäre (Urk. 28 S. 18). Die Versicherte gab an, im Haushalt nur wenige Aufgaben übernehmen zu können und

eigentlich nichts zu haben, womit sie sich gerne beschäftige (Urk. 28 S. 9). In Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen ist keine Ungleichmässigkeit ersichtlich.

E. 5.4.2

Bereits im Dezember 2010, zwei Monate nach dem Treppensturz, wurde eine psychiatrische Behandlung eingeleitet (Urk. 6/39/13). Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgte demgegenüber im April 2011 (Urk. 6/4). Es ist damit nicht anzunehmen, dass die Aufnahme der fachärztlichen Therapie durch das Versicherungsverfahren veranlasst wurde. Die durchgeführte psychotherapeutische Behandlung war nach der Beurteilung von D. ___ nicht adäquat (Urk. 28 S. 14). Auch die medikamentösen Therapieoptionen sind aufgrund des Ergebnisses der Medikamentenspiegelbestimmung nicht ausgeschöpft, was auch im Rahmen der ersten Begutachtung festgestellt worden war (Urk. 6/39/21, 28 S. 14). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin trifft es dagegen nicht zu, dass gar keine entsprechenden Medikamente eingenommen werden (vgl. Urk. 34 S. 2). Die Versicherte setzte die im Dezember 2010 aufgenommene psychiatrische Behandlung regelmässig fort. Nach dem Abbruch der nur vorübergehenden Therapie bei Dr. M. ___ suchte die Versicherte die bisherigen Therapeuten des Zentrums I. ___ wieder auf (vgl. Urk. 6/58/1). Die konsequente Fortführung der Therapie – auch wenn diese nicht optimal ausgestaltet war – spricht für einen bestehenden Leidensdruck. Auch D. ___ bejahte einen ausgewiesenen Leidensdruck (Urk. 28 S. 21). Der Gutachter hielt die Angaben und das Verhalten der Versicherten sodann ausdrücklich für konsistent. Durch den Observationsbericht, die Observationsvideos, die Angaben in den Unterlagen der IV-Stelle (zum Beispiel zur Eröffnung der Observation) und durch den Bericht des Universitätsspitals N. ___ von 2014 zeigten sich keine Widersprüche zu den von der Versicherten gemachten Angaben. Diese am 23. August 2017 gemachten Angaben seien auch weitestgehend konsistent zu den 2012 gemachten Angaben (Urk. 28 S. 14).

E. 5.5

Insgesamt erlauben das MEDAS-Gutachten und insbesondere die Beurteilung von D. ___ eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgeblichen Indikatoren.

Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer schweren und - trotz fehlender Therapieresistenz - einer Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (100%ige Arbeitsunfähigkeit) auszugehen.

Bei der 100%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Oktober 2011, das heisst sechs Monate nach der im April 2011 erfolgten Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG).

Die Beschwerdegegnerin wird mit der Rentenzusprechung die Auferlegung schadenmindernder Massnahmen zu prüfen haben.

Die Beschwerde ist gutzuheissen.

E. 6.1

Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 1'000.- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung, welche ermessensweise auf Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen ist. Das Gericht erkennt : 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 14. April 2015 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente 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. 3'500.- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Tanner Imfeld

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