

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00664 vom 22. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00664

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00664 du 22 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00664 del 22 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

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. 2 IVG).

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 9. Juni 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 25. Mai 2016 sei aufzuheben und die Vorinstanz sei zu verpflichten, ihr die ihr aus IVG zustehenden Leistungen, ab 1. Juni 2014 eine Dreiviertelsrente, zu gewähren. Eventualiter sei ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zur Vornahme einer psychiatrischen Begutachtung zurückzuweisen. Zudem sei ihr die unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung zu bewilligen. Am 13. Juni 2016 reichte die Beschwerdeführerin Nachbemerkungen zur Beschwerde ein (Urk. 6). Am 20. Juli 2016 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 11. Oktober 2016 (Urk. 15) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Mit Eingabe vom 10. November 2016 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf das Einreichen einer Duplik verzichte (Urk. 18), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 2) damit, dass die depressive Störung, gegenwärtig leichte bis allenfalls mittelgradige Episode, nicht erheblich genug sei, um eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zu begründen. Die Gutachtensstelle habe bezüglich einer unzureichenden ADHS-Anamneseerhebung schlüssig Stellung genommen. Der Bericht von Dr. E.____ liefere keine neuen medizinischen Aspekte, welche Anlass zur Änderung der gutachterlichen Beurteilung geben würden. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen, das Erstellen eines Einkommensvergleichs entsprechend nicht erforderlich (S. 2).

Ergänzend hielt sie im Verfahren fest (Urk. 8), es sei nicht angezeigt, aufgrund der neuen Rechtsprechung (betreffend somatoforme Schmerzstörungen) eine neue Expertise in Auftrag zu geben, nachdem basierend auf die Begutachtung eine Ressourcenprüfung gemacht werden könne. Im Gutachten sei einzig die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden, weshalb eine solche ohnehin nicht vorgenommen werden müsse. Zudem sei anzunehmen, dass bei voller Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eintreten würde (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), bei guter Gesundheit würde sie zu 100 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen (S. 6). Die ADHS-Problematik sei im eingeholten Gutachten nicht exploriert (S. 8) und die depressive Störung unzureichend erfasst worden (S. 9). Die somatoforme Schmerzstörung sei zudem noch nach den Förster-Kriterien geprüft worden. Die neu vom Bundesgericht als massgebend erklärten Indikatoren würden sich mit dem eingeholten Gutachten nicht beurteilen lassen. Bereits aus diesem Grund könne auf das Gutachten nicht abgestellt werden (S. 10 f.). Die Stellungnahme der Gutachtensstelle zum Bericht von Dr. E.____ sei zudem nicht durch den die Beschwerdeführerin begutachtenden Arzt erfolgt. Ihr könne deshalb kein Aussagewert zukommen. Entgegen der Annahme der Gutachtensstelle stehe sie in psychiatrischer Behandlung, auch habe eine medikamentöse Behandlung des ADHS

stattgefunden (S. 11). Die gutachterlich festgestellte Besserung des Gesundheitszustandes werde nicht nachvollziehbar begründet. Vielmehr sei eher von einer Verschlechterung auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit sei sie zu 60 % arbeitsunfähig (S. 12). Es sei ihr ab 1. Juni 2014 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen (S. 12 f.).

Ergänzend hielt sie fest (Urk. 6), bei guter Gesundheit hätte sie bis zur Geburt ihres Sohnes zu 100 % gearbeitet. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden sei sie jedoch nie in der Lage gewesen, in einem 100 %-Pensum tätig zu sein. Insbesondere habe sie ihre Bürolehre und später auch den von der Beschwerdegegnerin ermöglichten Besuch einer Kosmetikschule abbrechen müssen. Daraufhin habe sie lediglich Teilzeitanstellungen innegehabt. Das im Jahre 2012 diagnostizierte ADHS habe für ihre gesundheitlichen Probleme eine erhebliche Rolle gespielt.

Replicando führte sie aus (Urk. 15), aufgrund des Verlaufs über die Jahre müsse von einer eigenständigen Depression ausgegangen werden, welcher Krankheitswert zukomme (S. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich seit der letzten umfassenden Prüfung der Sachlage, welche zur Verneinung eines neuerlichen Rentenanspruchs führte (Verfügung vom 19. März 2004, Urk. 9/49), die Verhältnisse wesentlich verändert haben und ob gegebenenfalls ein Leistungsanspruch zu bejahen ist.

E. 3

4.2

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. L.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. M.____, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Pneumologie FMH, und Dr. med. N.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der MEDAS D.____ stellten in ihrem Gutachten vom 27. Februar 2015 (Urk. 9/87) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 18): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Status nach Anorexia nervosa - Status nach Pankreatitis - Status nach Hysterektomie bei Tumornachweis - Cervicalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 29. Dezember 1986 ohne radikuläre Zeichen und ohne neurologische Folgen - Primäre episodische Migräne teilweise mit Aura - Mögliches ADHS in der Kindheit

Dazu führten sie aus, aus den Fachbereichen Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie ergäben sich keine Diagnosen und Funktionseinschränkungen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sowohl angestammt wie in einer Verrichtungsleistung (S. 17).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine rezidivierende depressive Störung, welche erstmals 1998 aufgetreten sei und nun eine leichte bis allenfalls mittelgradige Episode seit November 2013 zeige. So bestünde ein Morgentief, die Konzentration werde als gestört angegeben, objektiv im psychopathologischen Status sei dies aber nicht erkennbar. Der Antrieb sei leicht reduziert und es beständen Schlafstörungen. Die Stimmungslage wirke nur leicht depressiv bei erhaltener Schwingungsfähigkeit, formale oder inhaltliche Denkstörungen beständen nicht. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ihren

Lebensalltag ausreichend zu bewältigen, Suizidgedanken beständen aktuell nicht, auch besteht kein sozialer Rückzug. Dr. E. ___ habe im März 2014 unter anderem eine mittelschwere depressive Episode sowie ein ADHS (und eine Angst- und Belastungsstörung) diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 40 % angegeben. Während der Untersuchung hätten sich jedoch keine Symptome für ein ADHS finden lassen, lediglich die rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig leicht bis allenfalls mittelgradigen Episode lasse sich hier bestätigen. Somit könne retrospektiv für März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % in der angestammten Tätigkeit

angenommen werden. Diese bestehe mit mindestens 50 % weiterhin. Für eine ideal angepasste Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Konzentration und ohne hohen Zeitdruck sei hingegen keine relevante quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar (S. 17 f.).

E. 3.1

Der behandelnde Dr. E. ___ stellte in seinem Bericht vom 29. Dezember 1998 (Urk. 9/16) folgende Diagnosen (S. 4): - Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (seit August 1998) - Status nach schwerer Anorexia nervosa 1987-1994 - Bulimie-Phase 1997 - Status nach Schleudertrauma bei Skiunfall 1986 mit anhaltenden Nacken-Rücken-Beschwerden

Dazu hielt er fest, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei schwankend aufgrund des instabilen somatischen und psychischen Gesundheitszustandes. Dabei stelle die psychische Belastbarkeit das grösste Problem dar. Sie sei in ihrer angestammten Tätigkeit von 10. September bis 9. November 1998 zu 100 % und seither zu 50 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 50 % (S. 1 und S. 3).

E. 3.2

Dr. F. ___ , Innere Medizin, Dr. G. ___ , Rheumatologie, Dr. H. ___ , Psychiatrie, und lic. phil. I. ___ , Neuropsychologin, von der A. ___ stellten in ihrem Gutachten vom 28. September 2001 (Urk. 9/30) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21): - Cervicovertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen rechts bei Status nach wahrscheinlicher HWS-Kontusion 1986 - Beginnende somatoforme Schmerzstörung bei histrionischer Persönlichkeit - Status nach Anorexia nervosa 1987 bis 1994, Status nach kurzer Bulimiephase 1997

Zudem stellten sie die Nebendiagnose eines Status nach Pankreatitis 1988, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 21). Dazu führten sie aus, dass ein somatisch würden sich die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule nicht erklären lassen, es falle auch auf, dass diese Beschwerden zwar latent über die Jahre vorhanden gewesen, meistens jedoch durch die psychische Problematik eher in den Hintergrund getreten seien. Möglicherweise habe sich hier auch eine gewisse Verlagerung im Verlaufe der letzten zwei Jahre mit zunehmend somatischen Symptomen ereignet. Die belastungsabhängig zunehmenden Beschwerden nun vor allem auch beim Heben des Kindes seien durch diese zusätzliche mechanische Komponente erklärbar (S. 22).

Auf der psychiatrischen Ebene werde eine beginnende somatoforme Schmerzstörung bei einer Persönlichkeit mit histrionischen Zügen diagnostiziert. Dadurch seien auch Exazerbationen der Schmerzen bei psychisch alltäglichen Belastungen erklärt. Weiter bestehe ein Status nach rezidivierenden depressiven Episoden mit somatischen

Symptomen, ein Status nach Anorexia nervosa und kurzer Bulimiephase. Ursächlich für das mindestens 1987 bis 1994 als schwer zu bezeichnende psychiatriasche Leiden sei wohl die Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin. Sie habe in den letzten Jahren im psychischen Bereich eine positive Entwicklung durchgemacht, heute könne von einer deutlichen, sichtbaren Psychopathologie nicht mehr die Rede sein. Andererseits hätten sich die somatischen nicht erklärbaren Schmerzen verstärkt, auch wenn diese Verstärkung nicht dauernd vorhanden und nach Angaben der Beschwerdeführerin hauptsächlich belastungsabhängig sei. Es werde eine mindestens teilweise psychogene Überlagerung im Sinne einer Konversion vermutet. Das Sozialverhalten sei während Jahren von Instabilität gekennzeichnet gewesen, sie sei nicht in der Lage gewesen, Beziehungen oder Angestelltenverhältnisse über längere Zeit aufrecht zu erhalten. Die psychodynamischen Hintergründe, welche zur Entwicklung einer recht schweren Anorexie geführt hätten, seien ihr auch heute noch nicht restlos bewusst. Es sei daher durchaus denkbar, dass bei Stabilisierung der sozialen Situation die nach wie vor vorhandenen unbewussten Konflikte sich im Sinne einer Konversion verschieben und ihr ein verstärktes Schmerzerleben bescheren würden. Gesamthaft sei der Beschwerdeführerin eine leichte wechselschichtige Tätigkeit zu mindestens 60 % zumutbar (S. 22 f.).

E. 3.3.1

Im Vergleichszeitpunkt, mithin im Rahmen der letzten Neuanmeldung, wurden unter anderem Berichte von Hausarzt Dr. med. J. ___ vom 29./30. Mai 2003 und vom Februar 2004 aufgelegt. Darin diagnostizierte er ein chronisches zervikales und zervikospondylogenes Syndrom rechts bei Status nach Distorsion der HWS 1988 und eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen (Urk. 9/39/1-6, Urk. 9/46).

E. 3.3.2

Dr. E. ___ stellte in seinem Bericht vom 16. Juni 2003 (Urk. 9/42) dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 29. Dezember 1998 und ergänzte, die Beschwerdeführerin sei seit 22. Oktober 1999 in ihrer angestammten Tätigkeit zu 30 % und in einer angepassten Tätigkeit seit 31. Oktober 2000 zu ungefähr 35 % arbeitsfähig (S. 1 und S. 4). Die Belastbarkeit betrage maximal 50 % (S. 5).

E. 3.3.3

Die Abklärung im Haushalt ergab eine Einschränkung von rund 24 % (Urk. 9/44/6). Verfügungsweise wurde daraufhin - ohne Bezugnahme auf eine Verweistätigkeit - ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % im mit 50 % gewichteten Erwerbsbereich und von 24 % im mit 50 % gewichteten Haushaltbereich unter Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % ermittelt (Urk. 9/49).

E. 3.4.1

Im aktuellen Neuanmeldeverfahren bestätigte Hausarzt Dr. J. ___ am 21. März 2014 zur Hauptsache seine früher gestellten Diagnosen (Urk. 9/63). Mittels Psycho- und Physiotherapie könnten die Einschränkungen teilweise verbessert werden (Urk. 9/63).

In seinem Bericht vom 24. März 2014 (Urk. 9/64) stellte Dr. E. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelschwere Episode - ADHS (seit Kindheit, erhärtete Diagnose mit Test im August 2012) - Status nach schwerer Anorexia Nervosa 1987-1994 mit Pankreatitis 1988 -

Status nach Bulimie 1997 - Status nach Schleudertrauma bei Skiunfall 1986 mit anhaltenden Nacken- und Kopfschmerzen

Dazu hielt er fest, die Beschwerdeführerin sei vom 25. September 1998 bis 17. Juli 2003 und erneut seit 12. März 2013 in seiner Behandlung. Gegenwärtig finde eine wöchentliche Psychotherapie statt. In der Hamilton Depressions-Skala erreiche die Beschwerdeführerin einen Wert von 28, was einer deutlichen mittelschweren Depression entspreche. Generell bestehe durch Depression, ADHS und Schmerzsymptomatik, eine Angststörung und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) eine verminderte Belastbarkeit. In ihrer angestammten Tätigkeit sei sie zu höchstens 30 % beziehungsweise in einer wechselbelastenden Tätigkeit als Receptionistin drei bis vier Stunden an vier Tagen, mithin ungefähr 28-38 % arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit sei infolge erhöhter Ermüdbarkeit und verringerter Konzentrationsspanne sowie Einschränkung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit um 30-40 % vermindert. Im Haushalt sei ihr eine Arbeitszeit von 2 bis maximal 3 Stunden pro Tag möglich (S. 1 und S. 4). Die Prognose bezüglich des ADHS sei unklar, da eine Methylphenidat-Behandlung erst eingeleitet worden sei und das Ritalin langsam aufdosiert werde (S. 3).

E. 3.4.3

In seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 29. Juni 2015 (Urk. 9/100) hielt Dr. E.____ fest, die Exploration im psychiatrischen Teilgutachten sei unzu reichend. Auf eine ADHS-Problematik und deren typische Leitsymptome hin sei gar nicht exploriert worden. Zum Störungsbild von ADHS gebe es spezifische Untersuchungsinstrumente. Die depressive Störung sei ebenfalls unzureichend erfasst worden. Krankheitsbedingt bestehe eine schnelle Erschöpfbarkeit und eine stark reduzierte physische und psychische Belastbarkeit. Da die Beschwerdeführerin sozial kompetent auftrete und in Gesprächen Beziehung zum Gesprächspartner aufnehme, würden ihre Sozialkompetenzen regelmässig über- und die Schwere der Depression unterschätzt (S. 1). Der Vater und der Sohn der Beschwerdeführerin sowie ihr Bruder und dessen Sohn würden ebenfalls an ADHS leiden (S. 2).

In Bezug auf die Verschlechterung des Gesundheitszustandes wies Dr. E.____ zunächst darauf hin, dass er die Beschwerdeführerin von Juli 2003 bis März 2013 nicht behandelt habe. Retrospektiv-anamnestisch sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin nach der Diagnose eines Gebärmutterhalskrebses und anschliessender Hysterektomie nicht mehr schwanger werden konnte, so dass es zu einer Aggravation der depressiven Erkrankung gekommen sei. Auf grund seiner Untersuchung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch im Haushalt (S. 3). Die depressive Störung sei nicht leicht bis mittelschwer; es handle sich um rezidivierende depressive Störungen schweren Ausmasses, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Störungen (ICD-10 F33.11).

E. 3.4.4

Dr. C.____ von der MEDAS D.____ führte in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2016 (Urk. 9/116) zum Schreiben von Dr. E.____ aus, ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom habe sich in der Untersuchung nicht gezeigt. Die geschilderten Konzentrationsstörungen sowie andere subjektive kognitive Defizite seien unspezifisch, subjektiv und in der psychiatrischen Untersuchung nicht in relevanter Weise reproduzierbar gewesen. Eine ADHS-spezifische medikamentöse Behandlung finde nicht statt. Selbst wenn ein ADHS

vorliegen würde, müsse berücksichtigt werden, dass bei Ausbleiben einer medikamentösen Therapie auch keine ersatzweise spezifische psychotherapeutische Behandlung stattfinden könnte. Der Bericht von Dr. E. ___ sei nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu ändern (S. 2 f.).

E. 4

1

In Bezug auf die im Rahmen der Neuanmeldung erforderlichen wesentlichen Veränderung der gesundheitlichen Situation ergibt sich aus den medizinischen Unterlagen Folgendes:

Dr. E. ___ begründete am 29. Juni 2015 eine gesundheitliche Verschlechterung unter Hinweis auf die durchgemachte gynäkologische Erkrankung (Gebärmutterhalskrebs, Hysterektomie) und die dadurch bewirkte Fertilitätslosigkeit. Diese Begebenheiten erwähnte die Beschwerdeführerin auch gegenüber dem begutachtenden Psychiater; sie beschrieb indes weder die entsprechende gesundheitliche Störung noch die zwischenzeitliche Trennung vom Ehemann als emotionale Belastung (Urk. 9/87/9). Im Übrigen fanden diese Umstände keinen Eingang in die von Dr. E. ___ vor der Begutachtung verfassten Berichten, was seine mit dieser Begründung postulierte Verschlechterung nicht plausibel erscheinen lässt.

Dem Bericht von Dr. E. ___ ist zwar zu entnehmen, dass die Diagnose des ADHS mittels eines nicht aktenkundigen Testverfahrens im August 2012 erhärtet worden war. Gleichzeitig sprach er indes von einem seit der Kindheit bestehenden ADHS (E. 3.4.1). Selbst wenn aus medizinischer Sicht die entsprechende Diagnose offenbar erst 2012 hinreichend zuverlässig gestellt werden konnte, schliesst auch Dr. E. ___ den Erwerb dieser Störung im fraglichen Zeitraum seit dem Jahr 2004 aus.

Dr. E. ___ bescheinigte sodann im Bericht vom 29. Juni 2015 unter Berücksichtigung des ADHS eine Arbeitsfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit und im Haushalt (E. 3.4.3). Die gleiche Arbeitsfähigkeit attestierte er bereits im Bericht vom 16. Juni 2003 (E. 3.3.2), so dass auch diesbezüglich keine wesentliche Verschlechterung auszumachen ist.

Die Gutachter gingen aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung im Jahr 2003 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus und bescheinigten in Anbetracht der aktuell gestellten Diagnose weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (E. 3.4.2). Angesichts der fehlenden Hinweise auf eine massgebende gesundheitliche Verschlechterung erweist sich diese Einschätzung als nachvollziehbar und steht im Übrigen im Einklang mit der Beurteilung durch Hausarzt Dr. J. ___, der im Bericht vom 19. Juni 2015 eine Verschlechterung in den letzten zehn Jahren ausdrücklich verneinte (Urk. 9/98).

Demnach liegt keine gesundheitliche Veränderung vor, welche zu einer Revision führen könnte (vgl. E. 1.3).

E. 4.2

Rechtsprechungsgemäss bildet indes nicht nur eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse, sondern auch des invalidenversicherungsrechtlichen Status einen Revisionsgrund

(Urteil des Bundesgerichts 9C_395/2016 vom 25. August 2016 E. 2).

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin im Vergleichszeitpunkt als Teilerwerbstätige mit Aufgabenbereich (Urk. 9/44, Urk. 9/49). Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung war der Sohn der Beschwerdeführerin 16-jährig (Urk. 9/56/2) und bedurfte demnach keiner ständigen Betreuung mehr. Die Beschwerdeführerin lebt seit 30. November 2012 von ihrem Ehemann getrennt (vgl. Trennungsvereinbarung, Urk. 9/55), was sie laut ihren Angaben in finanzielle Schwierigkeiten brachte (Urk. 9/87/9). In diesem Zusammenhang machte sie bereits in der Stellungnahme vom 2. Mai 2016 geltend, sie würde bei intakter Gesundheit einer vollen Erwerbstätigkeit nachgehen (Urk. 9/120, vgl. sodann Urk. 1 S. 6), was in Anbetracht ihrer persönlichen Verhältnisse nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen ist.

Gegebenenfalls würde ein Wechsel von Teilerwerbstätige mit Aufgabenbereich zur Vollerwerbstätigen den erforderlichen Revisionsgrund begründen. Es obliegt der Beschwerdegegnerin und nicht dem Gericht, hiezu erste Erwägungen anzustellen. Nur mit diesem Vorgehen wird der Beschwerdeführerin ein vollständiger Instanzenzug gewährleistet, falls sie mit dem diesbezüglichen Entscheid nicht einverstanden ist. Unter Hinweis auf den aus ihrer Sicht fehlenden IV-relevanten Gesundheitsschaden hat es die Beschwerdegegnerin jedoch gänzlich unterlassen, sich zur Statusfrage zu äussern (Urk. 2 S. 2).

E. 4.3

Wird die Frage nach einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts im dem Sinne bejaht, dass für die Invaliditätsbemessung eine andere Art der Bemessungsmethode - im Konkreten Einkommensvergleich statt gemischte Methode - zum Zuge kommt, ist der Invaliditätsgrad

auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 6.1). Demnach sind die medizinischen Verhältnisse nicht nur (wie vorstehend unter E. 4.1) unter dem eingeschränkten Blickwinkel der Revision, mithin der gesundheitlichen Veränderung, zu prüfen.

Hinsichtlich des Beweiswertes des MEDAS-Gutachtens und des von der Beschwerdegegnerin angerufenen fehlenden IV-relevanten Gesundheitsschadens bleibt daher Folgendes zu bemerken.

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin war vom 25. September 1998 bis 17. Juli 2003 bei Dr. E.____ in psychiatrischer Behandlung und wird von ihm seit 12. März 2013 erneut therapiert. Vor der Wiederaufnahme der Therapie bei Dr. E.____ stand sie zudem nach eigenen Angaben beim Psychologen O.____, und anschliessend bei der Psychiaterin Dr. med. P.____, in Behandlung (Urk. 9/120/2). Berichte dieser behandelnden Fachpersonen sind nicht aktenkundig. Die Diagnose eines seit Kindheit bestehenden ADHS lässt sich erstmals dem Bericht von Dr. E.____ vom 24. März 2014 (E. 3.4.1 hievorig) entnehmen, wobei Letzterer darauf hinwies, diese sei im August 2012 mit einem Test erhärtet worden. Auch dazu liegen keine Unterlagen im Recht. Dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS D.____, Dr. N.____, war eine Auseinandersetzung mit diesbezüglichen Vorakten und anderslautenden Fachmeinungen so nicht möglich. In Bezug auf ein allfälliges Vorliegen eines ADHS hielt er einzig fest, während der Untersuchung hätten sich keine entsprechenden Symptome finden lassen; weitergehende Ausführungen machte er nicht (E. 3.4.2 hievorig).

Dr. E.____ kritisierte daraufhin zu Recht, auf eine ADHS-Problematik und deren typische Leitsymptome hin sei anlässlich der Begutachtung gar nicht exploriert worden. Es gebe spezifische Untersuchungsinstrumente zum Störungsbild von ADHS (E. 3.4.3 hievor).

Die Beschwerdegegnerin forderte die MEDAS D.____ zu einer Stellungnahme dazu auf (Urk. 9/104). Die entsprechende Stellungnahme wurde jedoch nicht vom begutachtenden Dr. N.____, sondern von Dr. C.____ verfasst, der nicht an der Begutachtung teilgenommen hatte (E. 3.4.4 hievor). Nachdem einer persönlichen Untersuchung insbesondere im psychiatrischen Fachbereich ein hoher Stellenwert zukommt, ist seine Aktenbeurteilung lediglich von geringem Aussagewert. Dies gilt umso mehr, als er aktenwidrig ausführte, eine ADHS-spezifische medikamentöse Behandlung finde nicht statt. Richtigerweise wird die Beschwerdeführerin jedoch seit ungefähr 2014 mit Ritalin therapiert (E. 3.4.1 hievor). Weiter hielt Dr. C.____ fest, es bestehe keine spezifische psychotherapeutische Behandlung, insbesondere keine multimodale Therapie (S. 2 unten), doch kann dies gar nicht festgestellt werden, solange keine Berichte des behandelnden Psychologen O.____ beziehungsweise von Dr. P.____ vorliegen. Dr. C.____ vermochte im Übrigen ein ADHS nicht auszuschliessen, sondern hielt vielmehr fest, falls ein solches bestehe, stelle es jedenfalls keine therapieresistente Störung dar. Die Frage einer allfälligen Therapieresistenz war jedoch rechtsprechungsgemäss einzig im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode von Relevanz, kann hingegen bei anderen psychischen Störungen wie einem ADHS nicht herangezogen werden, um eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu begründen.

In Anbetracht dieser Mängel vermag das MEDAS-Gutachten nicht zu überzeugen, so dass zur Beurteilung der im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids geltenden Arbeitsfähigkeit nicht darauf abgestellt werden kann.

E. 4.5

Auf die Diagnose eines seit Kindheit bestehenden ADHS und auf die gemäss Dr. E.____ unter anderem aufgrund der damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen um 70 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit kann auch nicht unbesehen abgestellt werden, nachdem die Beschwerdeführerin angab, ihre Gesundheitsleiden hätten allesamt erst nach ihrem Skiunfall im Dezember 1986, mithin im Alter von knapp 17 Jahren, begonnen (Urk. 9/87 S. 14) und die Diagnose erstmals im Alter von 42 Jahren gestellt wurde. Dies ändert jedoch nichts daran, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bei derzeitigem Aktenstand nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden kann.

Dies gilt umso mehr, als einem allfälligen ADHS wie auch einer mittelgradigen depressiven Störung nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz eine invaliden versicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann. Vielmehr ist eine - im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte, wovon hier wie gesagt nicht gesprochen werden kann - medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit mit tels strukturiertem Beweisverfahren zu prüfen (zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C_841/2016 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017). Entgegen ihrem Hinweis in der Vernehmlassung (Urk. 8 S. 2) hat die Beschwerdegegnerin bislang jedoch keine entsprechende Prüfung vorgenommen und verfügungsweise vielmehr allein die (nicht mehr massgebliche) Frage der hinreichenden Behandlung des Gesundheitsschadens erörtert (Urk. 2).

Das strukturierte Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 wird die Beschwerde gegen die Bescheidnerin im Falle des Vorliegens eines Revisionsgrundes im Sinne der vorstehenden E. 4.2 nachzuholen haben.

E. 4.6

Zusammenfassend ist die Sache zunächst zur Festsetzung der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gegebenenfalls sind sodann ergänzende medizinische Abklärungen indiziert. So kann namentlich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Der Beweiswert des Gutachtens vom 27. Februar 2015 war bereits im Vorbescheidverfahren fundiert in Frage gestellt worden (vgl. Urk. 9/100 f. und Urk. 9/120), weshalb sich das Einholen des beantragten psychiatrischen Gerichtsgutachtens nicht rechtfertigt. Die Beschwerde ist vielmehr

in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2016 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache zur Ergänzung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie, nach erfolgten

Ergänzungen im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

E. 5

Gegen diese Entscheidung 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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Lanzicher

E. 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

E. 5.3

Der von Rechtsanwältin Reger-Wytenbach mit Eingabe vom 12. Dezember 2017 (Urk. 20) geltend gemachte Aufwand von 12 Stunden und 40 Minuten (Urk. 21) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen.

Die Prozessentschädigung ist daher unter Berücksichtigung der Barauslagen von Fr. 67.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'082.75 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist diese Prozessentschädigung der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.4

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 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. 3'082.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 20-21 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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