

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00867 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00867

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00867 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00867 del 29 marzo 2018

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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen; vgl. zur sog. allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt sodann von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander

widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweis material zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

E. 2

Gegen den Entscheid erhob die Versicherte mit Schreiben vom 12. Juni 2016 „Einwand“ bei der IV-Stelle. Darin beantragte sie sinngemäss die Zusprechung einer Teilrente unter Berücksichtigung einer tatsächlichen Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 12/150). Ferner reichte ihr Hausarzt der IV-Stelle eine Stellungnahme ein (Urk. 12/153). Auf Anfrage derselben unter Hinweis darauf, dass die Frist für Einwände gegen den Vorbescheid nicht wiederhergestellt werde (Urk. 12/151), erklärte sich die Versicherte alsdann mit der Weiterleitung ihrer Eingabe als Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht einverstanden (Urk. 12/155). Hierauf überwies die IV-Stelle die zwei Eingaben samt Beilagen (Urk. 1/1-2 und 3/1-2; Originale Urk. 7-9) an das Gericht (Urk. 4 und 6). In der Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11). Mit Eingaben vom 16. Februar 2017 (Urk. 14) und 3. April 2017 (Urk. 19) reichte die Versicherte weitere medizinische Unterlagen (Urk. 15/1-23 und 20/1-3) ein. Die IV-Stelle verzichtete auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 17 und 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog gestützt auf das Gutachten der Y.____ AG, die internistischen (Adipositas, Migräne) und psychiatrischen Diagnosen würden die Arbeitsfähigkeit nicht tangieren. Die belastenden Lebensumstände (alleiner ziehend, polizeiliche Suche des Kindsvaters) seien invaliditätsfremd. Aus orthopädischer Sicht sei aufgrund der chronischen Schulterschmerzen das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg links nicht mehr zumutbar. Diesem Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten, wie die aktuellen leichten Physiotherapiearbeiten, könne die Beschwerdeführerin indes zu 100 % ausüben. Zudem könne aus neurologischer Sicht bei medikamentös bedingten Kopfschmerzen durch einen Medikamentenentzug während ein bis drei Monaten eine stabile vollständige Arbeitsfähigkeit erlangt werden (Urk. 2).

E. 2.2

In der Beschwerde bestritt die Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens. Den Schlussfolgerungen des Internisten hielt sie entgegen, sie leide immer wieder unter Angstzuständen, einer posttraumatischen Belastungsstörung, diversen psychosomatischen Erkrankungen und stetigen Kopfschmerzen infolge posttraumatischer Ereignisse, Depressionen und eines Erschöpfungssyndroms. Ihre Lebensqualität sei dadurch erheblich beeinträchtigt. Falsch und irrelevant sei die Diagnose Adipositas. Zur psychiatrischen Begutachtung führte sie unter Verweis auf die Berichte von Dr. A.____ und der Klinik Z.____ aus, ihre stark belastenden Lebenssituationen hätten zu depressiven Verstimmungen bis hin zu einer invalidisierenden Depression geführt. Sie bezweifle, dass die Vorakten studiert und verstanden worden seien. Bezüglich des orthopädischen Teilgutachtens monierte sie, dass ihre vorab manualtherapeutische Tätigkeit als Physiotherapeutin nicht körperlich leicht sei. Obschon sie sich als Selbständig erwerbende gewisse Aufgabengebiete aussuchen könne, sei sie nur in der Lage, 50 % relativ schmerzfrei (mit 7/10 Punkten auf der Schmerzskala) zu arbeiten. Oft müsse sie wegen der Schmerzen Termine verschieben und habe dann kein Einkommen, was sie psychisch belaste. Mit Blick auf die neurologische Einschätzung sei es

unangebracht, sie als tablettenabhängig einzustufen. Ganz ohne Tabletten könne sie nicht arbeiten. Wie die Berichte belegen, würden ihre Schmerzen nicht vollumfänglich durch Medikamente ausgelöst. Die Spannungs- und Migränekopfschmerzen habe sie oft aufgrund der linken Schulter, der ver schlechterten Halswirbelsäule und der erhöhten Stresssymptomatik. Insgesamt habe sich ihr Zustand gegenüber dem Jahr 2013 verschlechtert. Die Spezialisten würden hauptsächlich auf psychosomatische Erkrankungen hinweisen (Urk. 1/ 1).

In den weiteren Eingaben machte sie zusätzlich geltend, man hätte ihr vor Ablehnung des Gesuchs Gelegenheit geben müssen, einen Medikamentenentzug zu absolvieren. Indes sei sie nicht tablettenabhängig (Urk. 1/2). Sodann sei die depressive Störung rezidivierend (Urk. 14; vgl. Urk. 15/1) und die Ursache ihrer psychischen Beschwerden, dass sie seit dem Jahr 2007 häuslicher Gewalt aus gesetzt sei. Dazu könne sie bei Bedarf Strafunterlagen nachreichen (Urk. 19).

E. 3.1

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung eingetreten. Streitig und zu prüfen ist somit, ob nach der rückwirkend erfolgten Festsetzung einer befristeten Viertelsrente für den Zeitraum von April 2009 bis September 2010 erneut ein Rentenanspruch entstanden ist. Das beurteilt sich in analoger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln. Massgeblich ist demnach, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dabei ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E).

E. 3.2

Grundlage der Verfügung vom 9. Dezember 2010 (vgl. Urk. 12/53 und 12/62) bildete die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. B. ____, Fachärztin für All-gemeine Medizin, vom 25. August 2010. Diese hatte aus den Berichten des die Beschwerdeführerin (bis Dezember 2011; vgl. Urk. 12/86) behandelnden Fach-arztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. A. ____, geschlussfolgert, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne zunächst von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ab 1. April 2008 aufgrund einer depressiven Störung ausgegangen werden. Nach Ablauf der Wartezeit sei gestützt auf die Angaben der Kranken taggeldversicherung noch eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % anzunehmen. Ab 1. Juli 2010 habe die Beschwerdeführerin gestützt auf die Angaben von Dr. A. ____ schliesslich wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit erlangt. Im Übrigen wies Dr. B. ____ auf zwei kurzzeitige Arbeitsunfähigkeiten im Zusammenhang mit einer Larynxkontusion Anfang September 2009 und einer allfälligen operativen Sanierung der bestehenden Femoralehernien sowie Inguinalhernie hin (Urk. 12/46/5). Zusammenfassend erfolgte die damalige Zusprechung einer befristeten Rente somit wegen einer depressiven Störung.

E. 3.3.1

Bei der Verneinung eines erneuten Rentenanspruchs mit der angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin vollumfänglich auf das Gutachten der Y. ____ AG vom 12. April 2016 (Urk. 12/141). In der Konsensbeurteilung (Urk. 12/141/30 f.), ergänzt durch die Antworten zum Fragenkatalog (Urk. 12/141/31-35 und 12/141/38 f.), kamen die Gutachter der Y. ____ AG zusammengefasst zum Schluss, die Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates seien durch die klinischen und radiologischen Befunde nur teilweise

erklärbar. Die Beschwerdeführerin leide an rezidivierend auftretenden Schmerzen , vorwiegend im Schulter- und Nackenbereich linksseitig. Als alleiniges klinisches, morphologisches Substrat finde sich eine partielle Ablösung der kranialen Kante der Subscapularissehne linksseitig (ICD-10: M25.52), wodurch wahrscheinlich die vorwiegend muskulär bedingten Zervikalgien/Zervicocephalgien respektive Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.4) getriggert würden. Es sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin bei schweren Arbeiten mit der linken Schulter Probleme habe, aber nicht im beschriebenen Ausmass. Die immer wieder auftretenden unspezifischen, fluktuierenden Gelenks- und Knochen schmerzen habe man indes weder heute noch früher (Abklärungen inklusive Skelettszintigraphie) einem morphologischen Korrelat zuordnen können . Die Befunde der Halswirbelsäule seien normal, im Bereich der linken Hüfte finde sich ein Lipom. Die Beschwerdeführerin gebe denn auch an, dass ihre Beschwerden mit dem jeweiligen Schweregrad der psychosozialen Belastung korrelierten.

E. 3.3.2

Des Weiteren bestehe eine bekannte rezidivierende Migräne (ICD-10: G43.0) und es würden sich Hinweise auf medikamentös induzierte Kopfschmerzen (ICD-10: G44.2) finden, die den Schmerzzyklus zu unterhalten vermöchten. Deshalb werde dringend ein ambulanter oder stationärer Medikamentenentzug empfohlen, damit der Teufelskreis respektive der Circulus vitiosus durchbrochen werden könne. Ein solcher führe jedoch höchstens zu einem Arbeitsunterbruch von ein bis drei Monaten.

E. 3.3.3

Psychiatrisch beurteilt hätten sich in der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung mit Einfluss auf die aktuelle Arbeitstätigkeit als Physiotherapeutin gefunden. Es bestehe jedoch ein Status nach depressiver Episode (ICD-10: F32) und es fänden sich Hinweise für eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10: F54).

Es sei aber auch festzuhalten, dass belastende psychosoziale Faktoren wie ein Status nach häuslicher Gewalt durch den sich auf der Flucht befindlichen Lebenspartner und durch die von ihm ausgesprochenen Mord- und Entführungsdrohungen (auch gegen die Kinder) vorliegen würden. Die Beschwerdeführerin habe vier Kinder. Sie sei alleinerziehend und habe immer noch auf zwei Kinder zu achten, wobei das jüngste 10 Jahre alt sei und die 20-jährige Tochter die Matura nachhole. Sie sei daher auf einen Lohn angewiesen. Die belastenden Lebensumstände würden sicher zu einer Verstärkung der Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führen, respektive damit erkläre sich die Diskrepanz zwischen Untersuchungsbefund und Beschwerdepräsentation. Insbesondere ungünstig wirke sich der Sachverhalt auf die Migräne, die medikamentös induzierten Kopfschmerzen sowie die Spannungskopfschmerzen aus.

E. 3.3.4

Es seien auch Nebendiagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) wie ein eventuelles Harlequin-Syndrom und eine Adipositas bei einem BMI von 34 kg/m² zu stellen. Eine Gewichtsreduktion sei anzustreben, zumal sich das Übergewicht ungünstig auf die Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates auswirke.

E. 3.3.5

Die interdisziplinäre Konsensbildung führe somit dazu, dass die Beschwerdeführerin – nach Durchführung eines Medikamentenentzugs – in der aktuell ausgeübten angepassten Tätigkeit als Physiotherapeutin, wobei sie in erster Linie Massagen ausführe, und in einer angepassten Verweistätigkeit, zu 100 % arbeitsfähig beurteilt werden müsse. Schwere Tätigkeiten als Physiotherapeutin, wie die Behandlung und Mobilisation von pflegebedürftigen Patienten, seien ihr jedoch definitiv nicht mehr zumutbar. Allgemein nicht mehr zumutbar seien ihr aufgrund der chronischen Schmerzen im Bereich der linken Schulter bei einem Status nach Autounfall im Jahr 2012 das Heben und Tragen von schweren Lasten über 10 kg links. Rechts bestehe indes keine Einschränkung, wobei die Beschwerdeführerin Rechtshänderin sei. Das Hantieren mit schweren vibrierenden oder schlagenden Instrumenten wie auch Arbeiten verbunden mit langen Hebelarmen links sowie überwiegend Überkopfarbeiten links seien ebenfalls nicht mehr zumutbar. Im Übrigen seien als Ressourcen die Tätigkeit in eigener Praxis als qualifizierte Physiotherapeutin, die kollegiale Unterstützung sowie das hohe Motivationssystem (zwei in Ausbildung befindliche Kinder) zu nennen.

E. 3.5

mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund dar (BGE 133 V 108).

In zeitlicher Hinsicht bildet die letzte, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhende, rechtskräftige Verfügung den Ausgangspunkt –

hier der 9. Dezember 2010 - und die streitige Verfügung den Endpunkt – hier der 8. Juni 2016 - für die Beurteilung, ob eine solche Änderung eingetreten ist (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG ; Urteil des Bundesgerichts 8C_37/2013 vom 25. April 2013 E. 3. mit Hinweis auf BGE 133 V 263 und 108, 130 V 71).

E. 4.1

Im Vergleich zur letzten Rentenverfügung bestehen gemäss Gutachten somit neue gesundheitliche Beeinträchtigungen aus neurologischer und orthopädischer Sicht. Diesen kann nach Auffassung der Gutachter jedoch bereits mit gewissen Einschränkungen beim Belastungsprofil genügend Rechnung getragen werden, die nach wie vor eine Tätigkeit im angestammten Beruf erlauben. Eine zeitliche Einschränkung des Arbeitspensums ist ihrer Ansicht nach nicht erforderlich.

E. 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze vorab massgebend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein

leuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich F.____, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 4.3.1

Nicht stichhaltig ist die Argumentation der Beschwerdeführerin bezüglich der internistischen Untersuchung, insofern sie selbst keine in dieses Fachgebiet fallende Erkrankungen als Auslöser der Kopfschmerzen nannte, sondern diese als psychisch bedingt erachtete. Sodann bestätigte sie die Auffassung der Gutachter, wonach ihrem Gewicht kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen ist. Dies steht im Einklang mit der diesbezüglichen Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_385/2014 vom 24. Oktober 2014 E. 4.3, 8C_372/2012 vom 13. Juni 2013 E. 2.2 und 9C_496/2012 vom 9. September 2012 E. 2.2 jeweils mit Hinweisen).

E. 4.3.2

Es bleibt anzufügen, dass in den Vorakten unter Ausschluss der übrigen begutachteten Fachgebiete einzig eine idiopathische (= ohne erkennbare Ursache) Blasenfunktionsstörung bei unauffälliger urodynamischer Untersuchung vermutet wurde (Urk. 12/128/10 ff.). Eine solche Verdachtsdiagnose erfüllt indes von vornherein nicht den im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2013 vom 24. September 2013 E. 6.3, BGE 139 V 547 E. 8.1). Eine Hypoglykämie liess sich bereits in der ausführlichen Untersuchung durch Dr. med. C.____, Facharzt für Endokrinologie und Diabetologie, nicht bestätigen (Urk. 12/128/14 f.). Die im Dezember 2014 durchgeführten Magen- und Darm-Untersuchungen waren ebenfalls ohne nennenswerten Befund (Urk. 12/12/16-19). Es ergeben sich somit auch aus den Vorakten keine Anhaltspunkte für eine mögliche Arbeitsunfähigkeit aus internistischer Sicht.

E. 4.4.1

Gegen die psychiatrische Begutachtung wendete die Beschwerdeführerin sinn gemäss ein, es sei gestützt auf die Berichte von Dr. A.____ und der Z.____ AG von einer invalidisierenden Depression auszugehen. Weiter erwähnte sie diverse psychiatrische Diagnosen im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen. Diesbezüglich ist vorab festzustellen, dass Dr. A.____ am 8. Juli 2013 ausdrücklich erklärte, die Beschwerdeführerin letztmals am 18. Dezember 2011 gesehen zu haben, weshalb er zum Verlauf der psychischen Beschwerden nach jenem Zeitpunkt nichts aussagen könne (Urk. 12/86).

E. 4.4.2

Dem Bericht der Z.____ AG vom 15. Juli 2014 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits von 2007 bis 2010 wegen eines „Burnouts“ mit depressiver Symptomatik in psychiatrischer Behandlung gewesen war. Im Januar 2014 sei sie sodann vom Hausarzt im Psychiatriezentrum angemeldet worden. Damals habe sie an einer leichten depressiven Episode mit Verwirrung, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen gelitten. Aktuell sei diese Symptomatik praktisch vollständig remittiert. Ferner habe sie über verschiedene körperliche Beschwerden (migräneartige Kopfschmerzen, Nacken- und

Schulter schmerzen, Schweregefühl in Armen und Beinen) geklagt. Diese bestünden weiterhin. Aufgrund der praktisch vollständigen Remission der depressiven Symptomatik und der guten Copingstrategien habe sich diesbezüglich die Verdachtsdiagnose einer funktionellen Störung nicht erhärtet. Nicht auszu schliessen sei, dass die Beschwerdeführerin erneut in eine depressive Krise gerate, sollten erneut belastende Situationen auftreten. Sie habe bereits jetzt Probleme in der Lebensführung als alleinerziehende Mutter eines 8-jährigen Sohnes, dessen Vater mehrmals gedroht habe, das Kind zu entführen. Eine integrierte ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei vom 8. Januar bis 15. Juli 2014 mit monatlich ein bis zwei Sitzungen durchgeführt worden. Eine psychopharmakologische Behandlung habe die Beschwerdeführerin abgelehnt. Man empfehle vorbeugend die Fortführung der Behandlung. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit von ca. Januar bis Juni 2014 eingeschränkt gewesen. Aktuell bestünden aus psychiatrischer Sicht keine Auswirkungen mehr auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/109).

E. 4.4.3

Ergänzend ist zu erwähnen, dass der frühere Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin und Nierenerkrankungen, der Beschwerdeführerin im Bericht vom 30. April 2013 eine bis 40%ige Arbeitsfähigkeit bis auf weiteres infolge einer mittelgradigen depressiven Episode attestierte. Dabei wies er auf die unmittelbare Verknüpfung der Arbeitsunfähigkeit mit psychosozialen Faktoren hin („kann ihre Arbeitsfähigkeit insbesondere auch aufgrund der Mobbing situation nicht erreichen“; Urk. 12/78/1; vgl. auch Urk. 12/78/11). Bereits zuvor hatte er der Beschwerdeführerin aufgrund diverser psychiatrischer Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, lediglich unter Hinweis auf die allgemeinen Diagnosekriterien und ohne Befund (Urk. 12/85/28-31).

E. 4.4.4

Aus den Vorakten ergeben sich somit keine Aspekte, insbesondere keine fach ärztlich festgestellten psychiatrischen Befunde respektive attestierten Arbeitsunfähigkeiten, die Zweifel am Ergebnis der gutachtlichen psychiatrischen Untersuchung zu wecken vermöchten. Weder kann aus früheren depressiven Phasen unmittelbar auf den Gesundheitszustand ab dem Jahr 2013 geschlossen werden, noch vermag eine kurzfristige, leichte depressive Episode unter gewöhnlichen Umständen eine massgebliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Unbeachtlich ist die vom Hausarzt letztlich ohne psychopathologischen Befund und Fachkenntnisse im Widerspruch zum Klinikbericht diagnostizierte mittelgradige Depression.

An dieser Beurteilung nichts zu ändern vermag die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann nämlich dort von einem solchen abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist, was sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik beurteilt (zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.3). Wie im Gutachten dargelegt, spricht bereits die fehlende Inanspruchnahme einer entsprechenden Behandlung seit Ende 2011 gegen einen massgeblichen, psychisch bedingten Leidensdruck. Die wenigen Therapiesitzungen in der ersten Jahreshälfte erfolgten allein aufgrund der schriftlich auferlegten Schadenmin

derungspflicht (vgl. Urk. 12/141/76 unten). Eine aktuell bestehende, nennenswerte psychische Beeinträchtigung wäre zudem kaum mit der guten Bewältigung des Alltags bzw. dem strukturierten Tagesablauf mit Erwerbstätigkeit, Haushaltsführung und Kinderbetreuung (vgl. Urk. 12/141/76, 12/141/90, ferner auch Urk. 12/141/83) vereinbar. Nicht zuletzt schilderte die Beschwerdeführerin selbst keine wesentlichen psychischen Beschwerden (vgl. Urk. 12/141/73 Mitte und 12/141/75 unten).

E. 4.4.5

Schliesslich ist mit den Gutachtern hervorzuheben, dass das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbstständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuscheiden sind. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch bei einer diagnostizierten Depressionsstörung sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, zu beachten und anzuklammern. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 5.3 mit diversen Hinweisen). Es ist deshalb zu betonen, dass die depressive Symptomatik vorliegend jeweils durch eine akute Belastungssituation (z.B. Mobbing) ausgelöst wurde und mit dieser (bei fachärztlicher Behandlung) auch innert kurzer Zeit wieder abklang, wobei sowohl die Gutachter als auch die Behandlungspersonen einen direkten Einfluss der psychosozialen Faktoren klar bejahten.

E. 4.5.1

Dem von der Beschwerdeführerin monierten Umstand, dass sie nicht mehr alle bzw. keine schweren physiotherapeutischen Arbeiten ausführen kann, wurde in der orthopädischen Begutachtung sodann durch ein eingeschränktes Belastungsprofil durchaus Rechnung getragen (vgl. E. 3.3.5). Dass ihr dennoch ein genügend breites Spektrum an physiotherapeutischen Arbeiten offensteht, das es ihr ermöglicht, insbesondere als Selbständigerwerbende in diesem Beruf weiter zuarbeiten, bestreitet die Beschwerdeführerin nicht (vgl. auch Urk. 12/141/89 unten). Anhaltspunkte für eine daraus resultierende Erwerbseinbusse (beispielsweise weil die nicht mehr durchführbaren Arbeiten besser bezahlt werden) sind nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Nicht mehr vorgebracht hat die Beschwerdeführerin die früher geklagten Einschränkungen betreffend die Hüfte, das Knie und rechte Schulter, für welche sich auch in den Akten keine massgeblichen Befunde finden (vgl. Urk. 12/88/12-14, 12/78/2-4, 8/78/5-7).

E. 4.5.2

Soweit die Beschwerdeführerin erklärte, ihr sei aufgrund der Armschmerzen nur noch ein Teilzeitpensum möglich, ist festzustellen, dass ihr in diesem Zusammenhang fachärztlich keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Im Bericht der Uniklinik E.____ vom 12. Dezember 2012 an den Hausarzt Dr. D.____ wurde unter Berücksichtigung des gleichentags erhobenen radiologischen Befundes ausgeführt, das MRI liege leider nicht

vor, die Beschwerdeführerin zeige aber klinisch eindeutige Zeichen eines Impingementschmerzes mit Reizung der Bursa subacromialis, vereinbar mit den im Bericht beschriebenen Veränderungen der Supraspinatusoberfläche im MRI. Es käme eine Infiltration in Frage, doch die Beschwerdeführerin wolle eine solche bei tendenziell positivem Verlauf noch nicht und komme in zwei Monaten zur Verlaufsbesprechung. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Dazu bleibt anzumerken, dass die Beschwerdeführerin in der Anamnese auch angegeben hatte, trotz der Schmerzen voll zu arbeiten (Urk. 12/85/17 f.).

Soweit aus den Akten ersichtlich erfolgte alsdann bis zur Anhängigmachung des vorliegenden Gerichtsverfahrens keine weitere fachärztliche Behandlung (vgl. Urk. 15/3 und 15/5 [Adressat]). Zudem gab Dr. D.____ gegenüber der Krankentaggeldversicherung am 19. April 2013 an, die Beschwerdeführerin arbeite jeweils zwei ganze Tage pro Woche (Urk. 12/113/9), was bei erheblichen belastungsabhängigen Armschmerzen nur bedingt nachvollziehbar ist.

E. 4.5.3

Die orthopädische Beurteilung im Gutachten berücksichtigt schliesslich neben den klinischen Befunden (vgl. insbesondere Urk. 12/141/91 f.: kein painful arc, symmetrische Kraft, detaillierte Angaben zur Schulterbeweglichkeit) vor allem das MRI vom 20. Juni 2014. Gemäss Beurteilung des entsprechenden Berichts zeigte sich an der linken Schulter lediglich eine leichtgradige alte partielle Ablösung der kranialen Kante der Subscapularissehne. Der dazugehörige Muskelbauch sei bereits teiltrophiert. Ansonsten seien die Verhältnisse bezüglich der Rotatorenmanschette bland. Eine SLAP-Läsion sei auszuschliessen. Das Labrum glenoidale sei ebenfalls bland. Es sei keine Arthrose glenohumeral und im AC-Gelenk feststellbar. Keine Bedeutung mass der Radiologe offenbar den weiteren im MRI-Befund erwähnten geringfügigen Veränderungen (wenig ACG-Arthrose; Ansatz von Supraspinatus, Infraspinatus und Teres minor diskret tendinopathisch verdickt bei relativer subakromialer Enge) bei (vgl. Urk. 12/128/26).

Der Befund im Bericht zum vorangehenden MRI vom 24. September 2012, der im Bericht der Uniklinik E.____ vom 12. Dezember 2012 diskutiert wurde, erscheint grundsätzlich vergleichbar (leichte Einengung des subakromialen Raumes mit minimal 6 mm; mässige ACG-Arthrose mit kleinen Osteophyten, die aber nicht mit der Sehne interagieren; leichter Reizzustand der Bursa; blande Darstellung Infraspinatus- und Teres minor-Sehne). Indes wurde in der Beurteilung neben der Partialruptur der Subscapularissehne ein degeneratives und habituelles Outlet-Impingement subakromial durch verschmälerten subakromialen Raum beschrieben. Dadurch bestehe eine Tendinopathie der Supraspinatussehne bursaseitig am Sehnenansatz (Urk. 12/113/21).

Im Bericht zum nach Einleitung des Gerichtsverfahrens durchgeführten MRI vom 9. Dezember 2016 findet sich nochmals eine ähnliche Befundbeschreibung (leichte Aktivität im AC-Gelenk; durchstrukturierte Subscapularissehne mit einzelnen kleinen subchondralen Geröllzysten als indirekte Zeichen einer kleinen Partialläsion; intakte Supraspinatussehne, wobei eine distale Signalanhebung vorwiegend in der PD und in der T1-Wichtung zu erkennen und somit als Tendinopathie einzustufen sei; keine signifikanten Fettinterpositionen in der Rotatoren-Muskulatur; korakohumerale Distanz von 6,7 mm bei Annahme einer Stenose ab < 6 mm). Dazu wurde erläutert, es würden sich indirekte Zeichen für eine kleine Subscapularisläsion und eine insgesamt reduzierte korakohumerale

Distanz als Prädisposition für ein mögliches korakohu me rales Impingement zeigen. Alle übrigen Schulterstrukturen würden bis auf eine leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne unauffällig zur Darstellung kommen. Es sei keine bursitis subacromialis nachzuweisen. Konventionell radiologisch finde sich Kalk in der Supraspinatussehne. Eine Bizepstendinitis oder Pulley-Läsion sei nicht nachweisbar. Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass mit Einverständnis der Beschwerdeführerin bei der Instillation zusätzlich Lidocain verwendet wurde (Urk. 15/5).

E. 4.5.4

Folglich ergeben sich aus den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen keine Aspekte (konkrete Befunde), die den Gutachtern nicht bekannt gewesen wären. Zu beanstanden ist allerdings, dass sich diese nicht mit der wiederholt thematisierten Impingement-Symptomatik auseinandersetzten. Indes muss angesichts der aktenkundigen Beurteilungen auch davon ausgegangen werden, dass die bisherigen objektiven Befunde trotz diverser Abklärungen letztlich nicht mehr als eine Verdachtsdiagnose erlauben (vgl. E. 4.5.2-3). Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin aktenkundig erstmals während – und wohl auch im Hinblick – auf das laufende Gerichtsverfahren bzw. vier Jahre nach dem Trauma die empfohlene Infiltration vornehmen liess (Urk. 15/5), was die angegebenen Schmerzen erheblich relativiert. Zudem ist daran zu erinnern, dass der im Dezember 2012 – also vier Monate nach dem Trauma (vgl. dazu Urk. 12/128/28) – von der Beschwerdeführerin aufgesuchte Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Prof. med. F.____, Leiter des Teams Schulter/Ellbogen der Uniklinik E.____, unter Einbezug der damaligen klinischen, radiologischen und MRI-Befunde keine Arbeitsunfähigkeit feststellte. Insofern ist die Einschätzung im orthopädischen Teilgutachten, wonach während der ersten drei Monate nach dem Trauma eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand und hernach innerhalb von weiteren drei Monaten eine sukzessive Steigerung möglich gewesen wäre, als wohlwollend zu bezeichnen (Urk. 12/141/98). Der vom aktuellen Hausarzt Dr. med. G.____, Praktischer Arzt, im Schreiben vom 16. März 2017 neu erwähnte Treppensturz an Ostern im Jahr 2014 als auslösendes Trauma vermag daran bei bis heute konstanten Bildbefunden der linken Schulter nichts zu ändern (Urk. 20/3).

E. 4.6.1

Wie in der Beschwerde geltend gemacht und im neurologischen Teilgutachten festgehalten, stellen letztlich die Kopfschmerzen aktuell das grösste Problem der Beschwerdeführerin dar. Gemäss ihren Angaben in der neurologischen Untersuchung handelt es sich einerseits um eine Migräne mit Aura, intermittierend Übelkeit und Erbrechen, Photophobie, Phonophobie, invalidisierender Schmerzintensität, starker Müdigkeit, Ruhebedarf und Konzentrationsstörungen. Die Migräne trete mit einer Frequenz von zwei- bis dreimal pro Monat auf und dauere jeweils zwei bis drei Tage an. In dieser Zeit sei sie nicht arbeitsfähig, trotz medikamentöser Behandlung mit Triptane (Einnahme von ein bis drei Tabletten Naramig pro Tag, vgl. Urk. 12/141/55). Andererseits klagte die Beschwerdeführerin über rezidivierende Kopfschmerzen vom Spannungstyp, mit kontinuierlichem Charakter, lokalisiert bifrontotemporal, linksbetont, ohne Übelkeit oder Erbrechen, allein auftretend und nicht invalidisierend (Urk. 12/141/46).

E. 4.6.2

Die begutachtende Neurologin erläuterte, die (rein klinische) neurologische Untersuchung zeige bei schmerzhafter Testung der Kopfbeweglichkeit mit leichter Einschränkung der Inklination beidseits keine apparenten neurologischen Defizite. Zusätzlich zur „bekannten“ Migräne und den Spannungskopfschmerzen sei bei regelmässiger Nutzung verschiedener Nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) – unter Hinweis auf die Literatur – die Diagnose von medikamentös induzierten Kopfschmerzen/Kopfschmerz bei Medikamenten über gebrauch, bei zusätzlicher Einnahme von Mischanalgetika, zu stellen. Hinsichtlich der intermittierend auftretenden episodentartigen halbseitigen Gesichtsrötung mit Hitzegefühl und Mundastchwäche rechts, die alle drei bis vier Monate auftritt und mehrere bis maximal 48 Stunden dauere, handle es sich möglicherweise um ein Harlequin-Syndrom. Dieses sei eventuell infolge des Halswirbelsäulen-Traumas (neben einem Kehlkopftrauma beim Hausunfall, vgl. Urk. 12/141/59) im Jahr 2009 bei Lokalisation der Störung auf Höhe 8. Zervikal- und 1. Thorakal-Wurzel entstanden. Die Zervikalgien und Zervikozephalgien, linksbetont, verstärkt seit dem eben erwähnten Trauma bzw. durch die Schmerzen in der linken Schulter, würden ebenfalls kein neurologisches Defizit zeigen (Urk. 12/141/56).

E. 4.6.3

Daraus schlussfolgerte die Gutachterin, aus neurologischer Sicht bestehe aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber die Notwendigkeit medizinischer Massnahmen, vorab ein Medikamentenentzug zur Verbesserung der Kopfschmerzsymptomatik (insbesondere der medikamentös induzierten Kopfschmerzen), am ehesten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes über 5 Tage. Hinsichtlich der seit dem Jahr 2009 rezidivierend generalisiert auftretenden muskelartigen Schmerzen und Zervikalgien/Zervikozephalgien sei eine Rehabilitation mit Körpertherapien zusätzlich zur „konsequent“ eigenständig durchgeführten Physiotherapie sowie Erlernung von Strategien zur Schmerzverarbeitung notwendig. Die beschriebenen Diagnosen würden keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf „längere Sicht“ ergeben. Unter Auflage der Durchführung eines Medikamentenentzugs sowie einer stationären Rehabilitation über drei bis vier Wochen – beides zur Verbesserung der Kopfschmerzsymptomatik, Elimination der medikamentös-induzierten Kopfschmerzen und Verbesserung der Zervikalgien/Zervikozephalgien – sei eine Teilrente für drei Monate zu diskutieren (Urk. 12/141/56).

Andernorts führte die Gutachterin aus, die langfristige Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 %, die sich aus den Akten ergebe, sei aus neurologischer Sicht nicht zu erklären. Die rezidivierenden, invalidisierenden Migräneattacken mit der erwähnten Frequenz würden nur eine tageweise Arbeitsunfähigkeit erklären und die bei reduziertem Teilzeitpensum fortbestehenden, medikamentös induzierten Kopfschmerzen würden als nicht invalidisierend angegeben. Letztlich könne die Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit nicht von neurologischen Faktoren abhängen (Urk. 12/141/68).

Abschliessend führte sie aus, bei gutem Verlauf sei innerhalb von drei Monaten nach Durchführung der medizinischen Massnahmen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 70 bis 80 % unter Weiterführung der Körpertherapie zur Rekonditionierung, Physiotherapie zur Kompensation der Zervikalgien/Zervikozephalgien und Erlernung von Entspannungsstrategien zur Verbesserung der Kopfschmerzen sowie Anwendung der erlernten Strategien zur Schmerzverarbeitung zu erwarten (Urk. 12/141/68 f.).

E. 4.6.4

Die Schlussfolgerungen im neurologischen Teilgutachten sind zu wenig schlüssig. Vorderhand ist unklar, ob aktuell bereits eine volle Arbeitsfähigkeit besteht respektive eine solche wenigstens effektiv mit umfangreichen, anhaltenden medizinischen Massnahmen erreicht werden kann. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Z. ___ AG ausdrücklich auf die guten Coping Strategien der Beschwerdeführerin bei Schmerzen hinwies, diese bereits mit Triptane (soweit ersichtlich allerdings ohne fachärztliche Begleitung) behandelt wird und selbständig physiotherapeutische Übungen durchführt. Alsdann hat die begutachtende Neurologin weder eine Migräne an mehreren Tagen pro Monat in Abrede gestellt, noch konkret dargetan oder nachgewiesen (z.B. Medikamentenspiegel), inwiefern ein Übergebrauch von Medikamenten besteht.

Die neurologischen Beurteilungen in den Vorakten sind älteren Datums und erfolgten teilweise im Hinblick auf andere Beschwerden, so dass sie keinen ausreichenden Aufschluss über die Kopfbeschwerden geben (Urk. 12/88/5 f. von 2009: chronifiziertes myofasciales Zervikalsyndrom wahrscheinlich infolge einer Schonhaltung und daraus resultierenden Dekonditionierung nach der Larynx Kontusion bei möglicherweise posttraumatischen/somatoformen Faktoren [be dingt aussagekräftig, Urk. 12/88/7 f.]; Urk. 12/78/9 von 2011: gemäss MRI Steilstellung der Halswirbelsäule mit geringer Bandscheibenprotrusion C5/6, keine Hinweise auf eine Nervenkompression oder Diskushernie; Urk. 12/78/12 vermutlich 2011: klinisch-neurologische Untersuchung nicht richtungsweisend bezüglich der tonischen Verkrampfungen nach Infusionen sowie dem Sturz ereignis auf der Strasse, epileptische Genese unwahrscheinlich; Urk. 12/78/15 von 2010: unauffälliger Neurostatus, Anmeldung zum Schädel-MRI inkl. Angio-MRI wegen rezidivierender sensomotorischer Ausfälle der rechten Gesichtshälfte; Urk. 12/92/28 von 2012: Bericht des Arbeitgebers [Allgemeinmediziner] zuhanden der Taggeldversicherung, weiterhin neurologische Symptome im Sinne einer Restsymptomatik im Gesichts- und Nackenbereich, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrations-, Gedächtnis- und passageren Orientierungsstörungen, Abklärungen im H. ___ ergab eine unklare Ätiologie und einen unauffälligen Neurostatus; Urk. 12/107/5 f. vom November 2013: Die Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie eine Migräne mit Aura [einmalige Episode mit Flimmern], stünden aktuell nicht im Vordergrund, unauffällige neurologische Untersuchung ausser diskretes Taubheitsgefühl am Oberschenkel, in Zusammenschau der Anamnese, Klinik und durchgeführten Untersuchungen [MRI des Kopfes vom Februar 2012, Labor] sei eine neuroimmunologische oder infektiöse Ursache unwahrscheinlich, differentialdiagnostisch werde eine funktionelle Genese erwogen).

E. 4.7

Zusammenfassend sind also bei der gegenwärtigen Aktenlage das internistische und das psychiatrische Teilgutachten in sich schlüssig und stehen mit den vorliegenden Akten im Einklang. Des Weiteren sind gewisse schmerzbedingte Einschränkungen des Belastungsprofils aus orthopädischer Sicht bildgebend nachgewiesen. Nicht zu überzeugen vermögen indes die Schlussfolgerungen in der neurologischen Begutachtung, wobei eine Wechselwirkung zwischen den aus orthopädischer Sicht festgestellten Beeinträchtigungen und den aus neurologischer Sicht derzeit nicht auszuschliessenden Beeinträchtigungen möglich ist bzw. wie üblich eine Gesamtwürdigung der Beschwerden erforderlich ist. Bei dieser Ausgangslage ist auch zu prüfen, ob sich der Verdacht auf ein Schulter-Impingement inzwischen erhärten lässt. Es ist deshalb ein neues Gutachten der Fachrichtungen Orthopädie und Neurologie in Auftrag zu geben, wobei die Y. ___ AG als vorbefasst gilt.

E. 5

Demnach kann über den strittigen Leistungsanspruch nicht ohne zusätzliche medizinische , aber gegebenenfalls auch erwerbliche Abklärungen (aktuelles Einkommen, Einkommen in einer Verweistätigkeit, leidensbedingter Abzug etc.) entschieden werden, wobei im Rahmen der Invaliditätsbemessung allenfalls schwierige Ermessenentscheidungen zu treffen sind.

Die Sache ist deshalb zur Durchführung der notwendigen ergänzenden Abklärungen und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]; vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als Obsiegen (BGE 137 V 57 E.2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 8. Juni 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach Einholung eines neuen Gutachtens im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Bonetti

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