

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01006 vom 9. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01006 du 9 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01006 del 9 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, absolvierte bei Y.____ eine Lehre als Verkäuferin (Urk. 9/3/3) und war zuletzt von Februar 2005 bis April 2012 als Modeleraterin bei der Z.____ AG angestellt (Urk. 9/14). Am 24. Mai 2012 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte wegen Bandscheibenproblemen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/5). Die IV-Stelle nahm beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Am 4. Dezember 2012 teilte sie der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustands zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien (Urk. 9/22). In der Folge gab die IV-Stelle bei Prof. Dr. med. A.____, FMH Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom Spital B.____ ein Gutachten in Auftrag, das dieser am 26. September 2013 erstattete (Urk. 9/35). Mit Vorbescheid vom 4. Februar 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (Urk. 9/39). Dagegen erhob die Versicherte am 24. März 2014 Einwand (Urk. 9/46), woraufhin die IV-Stelle die Stellungnahme von Prof. A.____

vom 9. Juli 2014 einholte (Urk. 9/51). Vom 4. Juni bis zum 29. Juli 2015 wurde die Versicherte in der Rehaklinik

C.____ stationär behandelt (Urk. 9/61). Im Weiteren veranlasste die IV-Stelle bei der MEDAS D.____ eine polydisziplinäre Begutachtung (Gutachten vom 11. April 2016, Urk. 9/74). Mit Schreiben vom 11. Juli 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass ihr Gesundheitszustand mit einer tagesklinischen psychiatrischen Behandlung wesentlich verbessert werden könne. Zudem sei eine Psychiatrie-Spitexbegleitung mit dem Ziel eines Alltagstrainings und auch der Entlastung des familiären Umfelds zu empfehlen. Im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht (bzw. Schadenminderungspflicht) habe sie sich diesen Massnahmen zu unterziehen (Urk. 9/79). Gleichentags verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente (Urk. 2/1).

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. 1.2.1

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 aus gewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.2.2

Nach der früheren Rechtsprechung wurde bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, angenommen, dass - aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässigen guten Therapierbarkeit - hieraus keine iv-rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehle es, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3).

Mit BGE 143 V 418 sowie BGE 143 V 409 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung geändert und festgestellt, dass die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im iv-rechtlichen Kontext zu liefern vermöge. Weiter hat es erkannt, dass sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind.

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.2.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.3

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 ausgleichender 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. 1.4

). 6.3

Im März 2015 ergibt sich folgender Einkommensvergleich (vgl. E. 1.3):

Da die Beschwerdeführerin

während mehr als sieben Jahren als Modeberaterin bei der Z.____ AG angestellt war, ehe dieses Arbeitsverhältnis vonseiten der Arbeitgeberin per 30. April 2012 unter Hinweis auf gesundheitliche Gründe aufgelöst wurde, ist aufseiten des Valideneinkommens

vom zuletzt bei dieser Arbeitgeberin erzielten Einkommen auszugehen. Gemäss Arbeitgeberbe richt der Z.____ AG vom 20. Juni 2012 (Urk. 9/14) betrug d er monatliche Bruttolohn der Beschwerdeführerin für ein 80%-Pensum im Jahr 2012 Fr. 4'028.--, was hochgerechnet auf ein 100%-Pensum brutto Fr. 5'035.-- ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Sta tistik, T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Real löhne, 2010 bis 2017 , Frauen) resultiert für das Jahr 2015 somit ein hypotheti sches jähr liches Valideneinkommen von Fr. 61'706.50 (Fr. 5'035.-- x

E. 1.5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5.2

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Pra xis 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. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass gemäss dem rheumatologischen Gutachten von Prof. A.____ des S pitals B.____ vom 26. September 2013 für die bisherige Tätig eit als Modeverkäuferin vom 16. August 2011 bis längstens Anfang 20

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, es sei aufgrund des Gut achtens der MEDAS D.____ vom 11. April 2016 erstellt, dass primär wegen der psychiatrischen Problematik spätestens seit März 2014 sowohl in der bishe rig en Tätigkeit als Modeb eraterin als auch in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Das Gutachten der MEDAS D.____ sei klar zum Schluss gekommen, dass die depressive Symptomatik und die Schmerzprob lematik chronisc h und nicht überwindbar seien. Gemäss Einschätzung des Regi onalen Ärztlichen Dienstes (RAD) bestehe seit März 2014 sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Von dieser Ein schätzung sei die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung ohne hinreichende Begründung abgewichen. Der behandelnde Dr. med. F.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe im fachpsychiatrischen Attest vom 25. August 2016

darauf hingewiesen, dass die von der Beschwerdegegnerin propagierten therapeutischen Optionen (tagesklinische Betreuung oder Spitexbetreuung) aufgrund der komplexen Persönlichkeitsfehlentwicklung nicht realisierbar bzw. sogar kontraindiziert seien. Dies sei auch von Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei der eine «Second Opinion» eingeholt worden sei, bestätigt worden. Es sei somit rechtsgenügend erstellt, dass ein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege, der ab März 2014 einen Anspruch auf eine ganze Rente begründe (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 2.3

Nach Eingang des Gerichtsgutachtens von Dr. E.____ vom 18. September 2018 (Urk. 22) erklärte die Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 19. Oktober 2018, dass sie diese Expertise als überzeugend und beweiskräftig erachte. In Gutheissung der Beschwerde sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 26).

E. 2.4

Die Beschwerdegegnerin führte in der Stellungnahme vom

5. Dezember 2018 aus, dass gemäss Gerichtsbeschluss vom 26. Februar 2018 im Gutachten der MEDAS D.____ nicht schlüssig erklärt werde, inwiefern diejenigen Befunde, welche für die Diagnose der

mittelschweren Depression massgebend gewesen seien, zu schweren Auswirkungen des funktionellen Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin führen sollten. Auch im Gutachten von Dr. E.____ werde nicht begründet, inwiefern die erhobenen Befunde zu einer derart hohen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Im Weiteren habe das Gericht bemerkt, dass bezüglich der Schlussfolgerung der Gutachter der MEDAS D.____, es würden keine direkten Folgen nicht versicherter Faktoren vorliegen, Zweifel anzubringen seien. Hierzu habe sich Dr. E.____ gar nicht geäussert. Im Rahmen ihres Gutachtens habe aufgrund einer angegebenen Nadelphobie sodann erneut kein Medikamentenspiegel erhoben werden können. Das Gericht habe bereits im

Beschluss vom 26. Februar 2018 darauf hingewiesen, dass dies im Hinblick auf frühere Behandlungen nicht ohne Weiteres nachvollziehbar sei. Dr. E.____ habe sich hierzu aber lediglich kurz in einer Fussnote geäussert. Wie der RAD zu Recht festhalte, erweise sich dieses Verhalten jedoch weiterhin als nicht plausibel. Zudem sei anzumerken, dass der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 11. Juli 2016 eine Schadenminderungspflicht auferlegt worden sei. Wie aus dem Gutachten von Dr. E.____ ersichtlich werde, habe sie die geforderten Massnahmen trotz entsprechender Auflage nicht umgesetzt. Dies lasse am tatsächlichen Leidensdruck erhebliche Zweifel aufkommen. Insgesamt könne damit auf das eingeholte Gerichtsgutachten nicht abgestellt werden. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit erweise sich aus rechtlicher Sicht als nicht nachvollziehbar (Urk. 30). 3. 3.1

Prof.

A.____ vom Spital B.____ hielt im Gutachten vom 26. September 2013 fest, dass die Beschwerdeführerin unter einem invalidisierenden Schmerzsyndrom leide. Die Rückenschmerzen hätten sich über mehr als 20 Jahre sukzessive entwickelt und verschlimmert. Aus rheumatologischem Blickwinkel würden sich aber nur wenige Elemente finden, die potentiell schmerzrelevant sein könnten. Einerseits sei eine Hyperlaxität zu postulieren und andererseits würden leichte bis mässige degenerative

Halswirbelsäulen- (HWS-) und Lendenwirbelsäulen- (LWS-)Veränderungen bestehen. Es fänden sich auf Höhe der HWS eine leichte Retroposition von Halswirbelkörper (HWK) 4 und lumbal median bis mediolateral Diskushernien

L4/L5 und L5/S1. Diese Diskushernien würden zwar die austreten den Nervenwurzeln berühren, aber nachweislich nicht zu radikulären Beschwerden und Befunden führen. Die klinische Untersuchung habe keine fassbaren pathologischen Befunde ergeben. Es liege eine sehr eindrückliche Diskrepanz zwischen dem Schon- und Schmerzverhalten und den patho-anatomischen respektive funktionellen Befunden vor. Seit Anfang 2012 bestehe eine stabile Krankheitsproblematik, und es lägen keine organisch begründbaren Einschränkungen mehr vor. Mit anderen Worten sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht seither für alle Tätigkeiten, die dem bisherigen Belastungsprofil entsprechen würden, voll arbeitsfähig. Die bisherige Tätigkeit (Kleiderverkäuferin) entspreche dem Idealprofil (Urk. 9/35/10-13; vgl. auch Urk. 9/51). 3.2

Die Ärzte der MEDAS D. ___ stellten im polydisziplinären Gutachten vom 11. April 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/74/20): (1) rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig mit somatischem Syndrom, chronisch (ICD-10 F33.10) (2) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10

F45.41) (3) akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Zügen (4) generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.80) (5) chronifiziertes Schmerzsyndrom der HWS und LWS - Mehrsegmentdegeneration zervikal und lumbal (ICD-10 M50.3/M51.2) - nicht nervenkomprimierende Diskusherniationen L4/5 und L5/S1

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte der MEDAS D. ___ eine spezifische Phobie (ICD-10 F40.2). Sie gaben an, dass die Therapiefähigkeit der chronischen Schmerzstörung durch die depressive Störung beeinträchtigt sei. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit müsse bei stark vermindertem Antrieb, sozialem Rückzug mit Assozialität, fehlendem Empfinden für Genuss und Belohnung mit nachhaltig beeinträchtigter Motivation und fehlender Durchhaltefähigkeit, stark verminderter mentaler Flexibilität und Umstellungsfähigkeit spätestens seit März 2014 (Beginn der psychiatrischen Betreuung und erstmals Diagnose einer mittelschweren depressiven Entwicklung) als 0 % beurteilt werden. Auch in einer optimal angepassten Tätigkeit wäre im Konsens ein Pensum im Bereich von 10 % bis 20 % bereits optimistisch. Die Beeinträchtigung werde prognostisch gesehen höchstwahrscheinlich langfristig bestehen bleiben (Urk. 9/74/20-24). 3.3

Dr. G. ___ erklärte im psychiatrischen Konsilium

vom 29. August 2016 zuhänden der Beschwerdeführerin, dass sie aufgrund der am 22. August 2016 klinisch-explorativ erhobenen

Befunde die von Dr. F. ___ gestellte Diagnose einer komplexen posttraumatischen Persönlichkeitsfehlentwicklung (ICD-10 F62.0) bestätigen könne/müsse. Die Kindheit und Jugend der Beschwerdeführerin seien von sexualisierter Gewalt und systematischen Mehrfachtraumatisierungen in der Schule durch die Lehrkraft geprägt gewesen. Das aktuelle psychopathologische Zustandsbild (Antrieb, Stimmung, Kognitionen) sei als mittelschwere depressive Episode im Rahmen der vorgenannten Komorbidität im Sinne

einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) zu qualifizieren. Aufgrund der emotionalen Instabilität, der Dauerschmerzproblematik und den affekt-pathologischen Defiziten sei die Beschwerdeführerin einem Arbeitgeber in der freien Wirtschaft nur sehr bedingt zumutbar (Urk. 3/2). 3.4 Dr. E. ___ stellte im Gerichtsgutachten vom 18. September 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 22 S. 22 f.): (1) komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS; ICD-10 F43.1) (2) rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), chronifiziert (3) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. E. ___ eine spezifische Phobie vor Blutsen und Spritzen (ICD-10 F40.2; Urk. 22 S. 23). Sie erklärte, dass es der Beschwerdeführerin trotz der Symptomatik im Rahmen der KPTBS über viele Jahre gelungen sei, die Berufstätigkeit und mit Einschränkungen auch soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten. Die Symptome seien

also vordergründig kompensiert geblieben. Im Zusammenhang mit der Steigerung des Arbeitspensums (mit erhöhter körperlicher, aber wegen der schwierigen Beziehungsgestaltung im Team wohl auch psychischer Belastung) habe zunächst die Schmerzstörung

exazerbiert. Nach dem Verlust der Arbeit, mit ihrer grossen Bedeutung für den Selbstwert der Beschwerdeführerin, sei auch die depressive Symptomatik klinisch manifest geworden (Urk. 22 S. 23). Für die beruflichen Anforderungen in der angestammten Tätigkeit als Modeverkäuferin und -beraterin, die auch sicheres Auftreten, Ausstrahlung und Stresstoleranz beinhalten würden, bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

Für andere, weniger anspruchsvolle Tätigkeiten bestehe eine eingeschränkte zeitliche und funktionelle Leistungsfähigkeit, die einer Arbeitsfähigkeit von weniger als 30 %

entsprechen würde. Seit dem Auftreten der depressiven Störung, die seit März 2014 aktenkundig sei und deren Beginn auch eigenanamnestisch für Anfang des Jahres 2014 datiert werde, sei von keiner wesentlichen Änderung der Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 22 S. 26 f.). 3.5

RAD-Ärztin Dr. med. H. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 12. November 2018 aus, dass im Gutachten von Dr. E. ___ eine KPTBS mit ICD-10 F43.1 codiert werde. Als Belastungsfaktoren vor dem 10. Lebensjahr seien

der Wegzug der Eltern

und die Erfahrung sexualisierter Gewalt sowie mit 10 Jahren dann die Trennung von den Grosseltern und von der Heimat genannt worden. Ein auslösendes belastendes Ereignis werde aber nicht benannt. Im Weiteren seien im Gutachten wöchentlich erlebte intrusive Erinnerungen an die sexuelle Gewalt in der Kinderzeit und fast jede Nacht diesbezügliche Alpträume geschildert worden, welche die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren vermehrt erlebe. In der MEDAS-Begutachtung seien diese Symptome nicht genannt worden. Ein Gefühl von Betäubtsein und emotionale

Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber und eine Anhedonie würden fehlen. Unter den subjektiven Beschwerden würden vielmehr ein schlechtes Gewissen, eine Angst vor Ablehnung und

eine Angst um die Tochter, wenn diese mal krank sei, geschildert. Dies seien Gefühle, die zeigen würden, dass keine Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen vorliege. Ein Vermeidungsverhalten werde nicht beschrieben. Eine vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und übermässiger Schreckhaftigkeit seien im Befund nicht bestätigt worden. Da auch die Zeitkriterien nicht zutreffen würden, sei die Diagnose einer PTBS nach ICD-10 hier nicht zu stellen. Dies sei bereits im MEDAS-Gutachten begründet worden. Die Kriterien des DSM-5 seien

ebenfalls nicht erfüllt. Stattdessen werde die Diagnose einer KPTBS hergeleitet, die für die ICD-11 vorgesehen sei, welche voraussichtlich 2019 verabschiedet, ab 2022 gelten werde und hier nicht zur Anwendung kommen könne (Urk. 31 S. 2).

Weiter erklärte RAD-Ärztin Dr. H.____, dass unter einer chronifizierten Depression eine Depression zu verstehen sei, für die trotz adäquater antidepressiver Medikation eine Therapieresistenz und kein Erfolg von psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien bestehe. Die derzeitige Medikation sei

–

selbst bei Vorliegen einer Compliance –

so nicht ausreichend. Die Beschwerdeführerin nehme seit ca. drei Jahren das Antidepressivum Cymbalta 60 mg ein. Mit Medikation sei es weniger schlimm als ohne. Die depressive Symptomatik habe sich in dieser Zeit allerdings nicht geändert. Daher wäre eine Anpassung der Medikation folgerichtig. Im Gutachten von Dr. E.____ werde angegeben, es gäbe keine Hinweise für Noncompliance. Das geringe oder fehlende Ansprechen auf die Medikation sei jedoch als Hinweis auf eine

Noncompliance, neben der Möglichkeit eines Non-Response zu sehen. Der Widerspruch, eine Nadelphobie zu haben und sich daher keiner Blutkontrolle zu unterziehen, aber dennoch eine Akupunktur- und Infiltrationsbehandlung der Rückenschmerzen durchgeführt zu haben, sei nicht geklärt worden. Zudem bleibe offen, warum eine tagesklinische Behandlung oder psychiatrische Spitexbehandlung bei dem vorliegenden Krankheitsbild nicht durchgeführt werden sollte. Daher sei fraglich, wie hoch der Leidensdruck der Beschwerdeführerin einzuschätzen sei (Urk. 31 S. 2 f.). 4.

E. 4

). Die Beschwerdeführerin teilte mit Eingabe vom 8. März 2018 mit, dass sie keine Ablehnungsgründe gegen die in Aussicht genommene Expertin geltend mache und keine Änderungen oder Ergänzungen zur Fragestellung beantrage (Urk. 16). Die Beschwerdeführerin reichte keine Stellungnahme ein. Mit Beschluss vom 18. April 2018 ordnete das Gericht das Gutachten bei Dr.

E.____ an (Urk. 17), welches diese am 18. September 2018 erstattete (Urk. 22). Nachdem den Parteien die Expertise mit Verfügung vom 27. September 2018 zur Stellungnahme zugestellt worden war (Urk. 24), liessen sich die Beschwerdeführerin am 19. Oktober 2018 und die Beschwerdegegnerin am 5. Dezember 2018 hierzu vernehmen (Urk. 26 und Urk. 30). Am 6. Dezember 2018 wurden diese Eingaben den Parteien gegenseitig zugestellt (Urk. 32). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Was den Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht betrifft, ergibt sich aus den Gutachten von Prof. A.____ (Urk. 9/35/13) und der MEDAS D.____ (Urk. 9/74/21 und Urk. 9/74/44), dass der Beschwerdeführerin aufgrund der fest gestellten Rückenbeschwerden im HWS- und LWS-Bereich mechanisch mittel schwere und schwere Arbeitstätigkeiten nicht mehr zumutbar sind. Körperlich leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeiten - worunter auch ihre angestammte Tätigkeit als Modeberaterin zählt - sind ihr jedoch unter Anwendung der Prinzipien der Rückenergonomie spätestens seit Januar 2012 wieder in einem 100% -Pensum zumutbar . Der rheumatologische Gutachter der MEDAS D.____ wies dabei explizit darauf hin, dass seine Einschätzung

zur Arbeitsfähigkeit weitestgehend mit derjenigen von Prof. A.____ übereinstimme. Eine Verschlechterung der somatischen Befunde habe seit der Beurteilung von Prof. A.____ im Jahr 2013 nicht stattgefunden (Urk. 9/74/44).

E. 4.2

Diese Beurteilung von Prof. A.____ und der Gutachter der MEDAS D.____ ist angesichts der genannten Befunde einleuchtend und plausibel. Im Übrigen wurde sie beschwerdeweise auch nicht mehr substantiiert bestritten (vgl. Urk. 1). Es kann deshalb darauf abgestellt werden. 5. 5.1 5.1.1

Was den Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht anbelangt, legte Dr. E.____ im Gerichtsgutachten vom 18. September 2018 dar, dass die psychopathologische Symptomatik der Beschwerdeführerin einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom entspreche . Diese Störung habe sich nach der krankheitsbedingten Kündigung entwickelt . Zu Behandlungsbeginn bei Dr. F.____ im März 2014 sei dann eine mittelschwere Depression festgestellt worden . Die se

Symptomatik habe sich seither nicht wesentlich geändert . Eine anhaltende Depression, also ohne unterscheidbare Episoden, werde kategorial gemäss ICD-10 als rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) erfasst . Im Weiteren könne das Ausmass der von der Beschwerdeführerin geklagten

Schmerzen gemäss Aktenlage nicht durch die somatischen Befunde erklärt werden. Die Schmerzen hätten schon in der Kindheit bestanden und seien mit der Schwangerschaft in der von Gewalt geprägten Ehe verstärkt aufgetreten . Die ICD-10 Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.40 seien erfüllt. Nachdem die depressive Entwicklung zunächst lediglich im Zusammenhang mit einer langjährigen Schmerzproblematik bzw. mit dem Verlust der Arbeitsstelle gesehen worden sei , hätten sich im Verlauf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung weitere Aspekte ergeben , die auch in der Untersuchung zum vorliegenden Gutachten deutlich geworden seien . So sei die kindliche Lebensgeschichte belastet durch verschiedene traumatische Erlebnisse, insbesondere durch die Erfahrung länger andauernder sexualisierter Gewalt durch einen Lehrer zwischen dem siebten und zehnten Lebensjahr.

Entwicklungspsychologisch relevant seien auch die Trennungen, zunächst von den Eltern und dann von den Grosseltern und der Heimat. Bereits vor der klinisch manifesten depressiven Störung seien verschiedene psychische Symptome zum Teil schon in der Kindheit vorhanden gewesen. Bereits damals habe die Beschwerdeführerin auch über Rückenschmerzen geklagt, was - bei Fehlen einer entsprechenden somatischen Erkrankung - als typische Somatisierung bei einer Traumatisierung gelte . Zudem berichte

sie von einer dauernden inneren Traurigkeit schon als Kind, von der Schwierigkeit, vertrauensvolle Beziehungen herzustellen, dem Gefühl abgelehnt zu werden, einem Entfremdungsgefühl, von Ängsten, Schreckhaftigkeit, Problemen mit der Regulation von Affekten und Impulsen, Derealisationen - und Depersonalisationserleben, negativem Selbstkonzept, intrusiven Erinnerungen an die sexuelle Gewalt und diesbezügliche Alpträumen. Hierbei handle es sich um eine typische Symptomatik der KPTBS, die nach schweren und anhaltenden Stressfaktoren auftritt. Bei einer Traumatisierung in der Kinderzeit kommt es häufig zu strukturellen Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung und einer erhöhten Vulnerabilität mit dem Risiko weiterer psychischer Erkrankungen. In der ICD-11 sei für die KPTBS eine entsprechende diagnostische Kategorie vorgesehen, in der aktuell noch gültigen ICD-10 werde sie unter F43.1 eingeordnet. Eine depressive Symptomatik wie Traurigkeit, Antriebslosigkeit und Hoffnungslosigkeit sei eine häufige die KPTBS begleitende Symptomatik, ebenso wie somatoforme Schmerzen. Angstsymptome, wie sie von der Beschwerdeführerin geschildert würden, könnten bei den genannten Störungen Depression und KPTBS vorkommen und würden deshalb nicht als eigenständige Diagnosen aufgeführt. Aus dem Kapitel der Angsterkrankungen könne die Blut- und Spritzenphobie genannt werden (Urk. 22 S. 20 ff.). 5.1.2

Im Weiteren hat sich Dr. E.____ mit den fachärztlich-psychiatrischen Beurteilungen der Gutachter der MEDAS D.____ (Urk. 9/74), von Dr. F.____ (Urk. 3/1) und von Dr. G.____ (Urk. 3/2) auseinandergesetzt. Sie legte dabei dar, welche der gestellten Diagnosen sie bestätigen konnte und weshalb sie teilweise eine etwas andere diagnostische Einordnung vorgenommen hat. Mit Blick darauf, dass im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS D.____ vom 11. April 2016 lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge bei einer Traumatisierung genannt wurden, erklärte Dr. E.____ in nachvollziehbarer Weise, dass die in der aktuellen Untersuchung aufgeführten und mit der Vorgeschichte für die Diagnose KPTBS relevanten Symptome (wie zum Beispiel Intrusionen, affektive Instabilität, erschwerte Impulskontrolle) erstmals im Verlauf der Psychotherapie hätten benannt werden können (Urk. 22 S. 22). 5.1.3

Dr. E.____ ist in ihrem Gutachten

sodann auch ausführlich auf die gemäss der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Leiden zu prüfenden Standardindikatoren eingegangen (Urk. 22 S. 23 ff.; vgl. E. 1.2.2-3). Dabei

bejahte sie insbesondere, dass

zwischen der KPTBS, der depressiven Störung und der Schmerzstörung Wechselwirkungen bestehen würden. Im Weiteren wies sie darauf hin, dass bezüglich des Auftretens der depressiven Symptomatik nach dem Verlust der Arbeitsstelle

weniger von einem rein reaktiven Geschehen auszugehen sei, sondern davon, dass die kompensatorischen Möglichkeiten und Abwehrmechanismen der traumabedingt vulnerablen Persönlichkeit nicht mehr ausgereicht hätten, um die relative Stabilität weiterhin aufrecht zu erhalten. Die Beschreibung der psychischen Symptome bzw. Beschwerden und Schmerzen sei sodann konsistent. Insofern könne keine Aggravation festgestellt werden. Funktionseinschränkungen, die direkt auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen seien, bestünden nicht. Bezüglich der Behandlungsbemühungen bemerkte Dr. E.____, dass seit März 2014 eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung (mit wöchentlichen bis zweiwöchentlichen Terminen; vgl. Urk. 9/74/34) inkl. Medikation erfolge und im Som

mer 2015 eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durchgeführt worden sei. Gemäss Dr. E.____ steht die Inanspruchnahme dieser therapeutischen Massnahmen im Verhältnis zu den geklagten Beschwerden. Überdies geht aus dem Gutachten von Dr. E.____ hervor, dass seitens der Beschwerdeführerin im seit jeher vor allem auf die Familie begrenzten sozialen Umfeld auch innerfamiliär ein Rückzug stattgefunden habe. Bei den Einschränkungen in der Hausführung bestehe Unterstützung durch den Bruder und die Tochter, was gleichzeitig aber auch als Belastung (Schuldgefühle) erlebt werde. Vor diesem Hintergrund bejahte Dr. E.____

die Frage, ob eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorliege. 5.1.4

Dr. E.____ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Modeberaterin seit März 2014 nicht mehr zumutbar sei und sie in einer anderen, weniger anspruchsvollen angepassten Tätigkeit seither eben falls weniger als 30 % arbeitsfähig sei (Urk. 22 S. 26 f.).

Diese Einschätzung basiert auf einer einlässlichen fachärztlichen Untersuchung (klinische Befunderhebung und Testverfahren, Urk. 22 S. 17 f.), wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, steht mit den erhobenen Befunden in Einklang und wurde von Dr. E.____ nachvollziehbar begründet. Zudem hat sich Dr. E.____ bei ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auch an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen (vgl. E. 1.2.2 und E. 1.2.3; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3) gehalten.

Das Gutachten von Dr. E.____ erfüllt sowohl die allgemeinen (vgl. E. 1.5.1) als auch die sich aus BGE 141 V 281 für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen ergebenden (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3) Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen. 5.2

5.2.1

Die von der Beschwerdegegnerin (Urk. 30, vgl. E. 2.4) sowie von RAD-Ärztin Dr. H.____ (Urk. 31, vgl. E. 3.5) gegen das Gutachten von Dr. E.____ erhobene Einwände sind nicht stichhaltig. 5.2.2

Vorwegzunehmen ist, dass das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 16. Juli 2016, mit welchem sie die Beschwerdeführerin dazu aufforderte, sich den von der MEDAS D.____ empfohlenen Behandlungen zu unterziehen (Urk. 9/79), zeitgleich mit der – rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung erging (vgl. Sachverhalt Ziffer 1). Aus diesem Schreiben kann daher die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten. 5.2.3

Wie unter E. 5.2.1 erwähnt, hat Dr. E.____, welche die Beschwerdeführerin – anders als RAD-Ärztin Dr. H.____ – eingehend fachärztlich untersucht hat,

die von ihr gestellte Diagnose einer KPTBS nachvollziehbar hergeleitet. Das auslösende belastende Ereignis der KPTBS war gemäss ihren Angaben die Erfahrung länger andauernder sexualisierter Gewalt durch einen Lehrer zwischen dem siebten und zehnten Lebensjahr (Urk. 22 S. 21). Dass

das

von RAD-Ärztin Dr. H.____ erwähnte Zeitkriterium (Auftreten der Symptome mit einer Latenz von Wochen bis Monaten nach dem auslösenden belastenden Ereignis ; Urk. 31 S. 2) nicht erfüllt sein soll, ist unzutreffend. Denn Dr. E.____ sprach von bereits seit der Kindheit bestehenden Symptomen, welche die Beschwerdeführerin aber zunächst weitgehend habe kompensieren können (Urk. 22 S. 21 f.).

Das Vorbringen von Dr. H.____ , dass eine unter einer PTBS leidende Person (selbst) gegenüber der eigenen kranken Tochter Gleichgültigkeit empfinden müsste, erscheint sodann wenig überzeugend. Im Weiteren fällt auf , dass im Gutachten von

Dr. E.____ – entgegen dem Einwand von Dr. H.____ – mehrfach eine Anhedonie erwähnt

wurde (Urk. 22 S. 17 und Urk. 22 S. 19 f.) . Die von Dr. H.____ genannten , weiteren typischen, angeblich fehlenden Symptome für eine PTPB, nämlich eine Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz und affektive Einschränkung in der Wahrnehmung waren im Übrigen bereits im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS D.____ festgestellt, damals aber noch als Teil der Schmerzstörung und der depressiven Symptomatik gewertet worden . Selbst wenn die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 F43.1 nicht vollumfänglich erfüllt wären, könnte die von Dr. E.____ beschriebene Symptomatik – da die Diagnose einer KPTBS erst für die ICD-11 vorgesehen ist – aktuell jedenfalls ICD-10 F43.8 (sonstige Reaktionen auf schwere Belastung) zugeordnet werden.

Ohnehin kommt es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. E. 1.2.1; vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_278/2016 vom 22. Juli 2019 C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 5.2 mit Hinweis). Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht in BGE 143 V 418 E. 8.1 unter Hinweis darauf, dass das strukturierte Beweisverfahren auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere, erkannt hat, BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 (vgl. E. 1.2.3) sei fortan so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Präzisierung der Rechtsprechung).

Dr. E.____ hat schlüssig aufgezeigt, dass sich die von ihr festgestellten Störungen (KPTBS, mittelgradige depressive Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung) gegenseitig verstärken und es bei der Beschwerdeführerin, ausgelöst durch die Traumatisierung in der Kinderzeit, zu Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung gekommen ist, welche ihre Ressourcen erheblich schmälern. Damit hat Dr. E.____ – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 30 S. 1) – im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS D.____ für die von ihr anhand des «Mini-ICF-APP» erhobenen mittel- bis schwergradigen Beeinträchtigungen des funktionellen Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 22 S. 19-20) eine nachvollziehbare Erklärung geliefert. Zudem hat sie – entgegen der Angaben der Beschwerdegegnerin – die Frage, ob Funktionseinschränkungen vorliegen, welche direkt auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen seien, ausdrücklich verneint (Urk. 22 S. 24), was mit Blick auf ihre Ausführungen zur Entstehung des psychischen Zustandsbildes zumindest für die Zeit ab März 2014 ebenfalls schlüssig erscheint. 5.2.4

Die Ausführungen von RAD-Ärztin Dr. H.____ zur depressiven Störung betreffen im Wesentlichen die Frage der Therapieresistenz. Wie eingangs dargelegt, ist eine

invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapi erezistenz auszuschliessen (vgl. E. 1.2.2) .

Was die von den Gutachter n der MEDAS D.____ empfohlene tagesklinische psychiatrische Behandlung sowie Unterstützung durch eine Psychi atrie- Spitexbegleitung (Urk. 9/74/ 21) betrifft, so erachte te Dr. F.____

eine tagesklinische Behandlung therapeutisch-rehabilitativ als kontraindiziert und eine Spitexbetreuung bei der krankheitstypischen interper sonellen Problematik gar als absurd (Urk. 3/1). Dr. G.____ erklärte, dass eine solche Behandlung im Rahmen der Grunderkrankung keine wesentliche Ver besserung bringe , im Gegenteil . Hier sei die Zweckmässigkeit einer traumaspezi fischen , stützend- suppor tiven Behandlung au sgewiesen (Urk. 3/2). Schliesslich war auch Dr. E.____ der Auffassung, dass die vorgeschlagene tagesklini sche Behandlung wegen der KPTBS mit ihren Affektregulations- und Bezie hungsstörungen nicht als hilfreich einzuschätzen sei (Urk. 22 S. 27). Vor diesem Hintergrund kann der Beschwerdeführerin nicht vorgeworfen werden, dass sie dem Behandlungsvorschlag der Gutachter der MEDAS D.____ nicht gefolgt ist. Unabhängig davon, ob noch nicht ausgeschöpfte therapeutische Optionen bestehen, gilt es sodann zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin seit März 2014 wöchentlich bis zweiwöchentlich psychiatrisch-psychotherapeu tisch behandeln lässt und sich einer antidepressiven Medikation unterzieht. Diese (von Dr. E.____ ausdrücklich als adäquat bezeichnete) regelmässige und doch relativ konsequente Behandlung spricht –

entgegen der Auffassung von RAD-Ärztin Dr. H.____ – durchaus für einen erheblichen Leidensdruck (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_672/2017 vom 11. Juli 2018 E. 4.2.4.2).

5.2.5

Das Vorliegen einer Phobie vor Blutsehen und Spritzen konnte Dr. E .____

bestätigen (Urk. 22 S. 23). Sie wies diesbezüglich darauf hin, dass die Beschwer deführerin bei der abgelehnten Blutentnahme zur Medikamentenspiegelbestim mung deutlich sichtbar Angst und erhebliche Unruhe gezeigt habe. Befragt zur aktenkundigen Ak upunkturbehandlung habe sie

berichtet, diese nach wenigen Sitzungen abgebrochen zu haben , als geplant gewesen sei, die Nadeln tiefer zu setzen. Blutentnahmen habe sie scho n lange nicht mehr zugelassen. In n der Reha sei sie weggelaufen, als eine Gewebeprobe der Brust habe entnommen werden sollen (Urk. 22 S. 20). Hinwei se für eine Noncompliance

lagen gemäss Dr. E.____ nicht vor (Urk. 22 S. 26). Es besteht kein Anlass, diese Feststellung in Zweifel zu ziehen. Gleiches gilt für ihre Beurteilung, wonach eine gleichmässige – erhebliche – Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen vor liege (Urk. 22 S. 25) und wonach das Verhalten der Beschwerdeführerin auch sonst konsistent erscheine (Urk. 22 S. 23-24). 5.2.6

Insgesamt erweisen sich die Einwände der Beschwerdegegnerin sowie namentlich auch die gegensätzliche Meinungsäusserung von RAD-Ärztin Dr. H.____ jedenfalls nicht als triftig genug, um die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen (vgl. E. 1.5.2). Dies gilt umso mehr, als Dr. E.____ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin letztlich im Wesentlichen gleich einge schätzt hat wie die Gutachter der MEDAS D.____ (vgl. E. 3.2). Dr. E.____ hat dabei nach dem Gesagten ihre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung (im Gegensatz zu den MEDAS-Gutachtern) nachvollziehbar begründet, und es kann dieser Beurteilung –

insbesondere mit Blick auf die von ihr beschriebenen Wechselwirkungen und erheblich geschmälernten Ressourcen sowie das von ihr als konsistent erachtete Verhalten der Beschwerdeführerin – auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden. 5. 3

Auf die Einschätzung von Dr. E. ___ zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin kann demzufolge abgestellt werden. 6. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6.2

Nachdem der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Modeberaterin ab Anfang 2012 aus somatischer Sicht wieder zumutbar war (vgl. E. 4), ist sie in dieser Tätigkeit seit März 2014 aus psychischen Gründen dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. E. 5). Das Wartefahr ist somit am 1. März 2014 zu eröffnen und lief am 28. Februar 2015 ab (vgl. E.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 8.3

Der mit Beschluss vom 26. Februar 2018 (Urk. 14) bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Emil Robert Meier, Dielsdorf, hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ausgangsgemäss

Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streit sache und der Schwierigkeit des Prozesses – sowie nach Einsicht in die Honorar noten von Rechtsanwalt Meier vom 30. Oktober 2017 (Urk. 12) und vom 14. März 2019 (Urk. 34) - auf Fr. 2'500.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) festzu setzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Juli 2016 aufgehoben, und es wird fest gestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2015 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. E. ___ vom 18. September 2018 in der Höhe von Fr. 4'000.-- werden auf die Gerichtskasse genommen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Emil Robert Meier, Dielsdorf, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Emil Robert Meier -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 6 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

E. 12

: 2'630 x 2'686).

Nach Eintritt des Gesundheitsschadens hat die Beschwerdeführerin keine ihr an sich zu
mutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen. Somit sind für die Bestimmung des
Invalideneinkommens

die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzu
ziehen. Der Medianlohn von Frauen, Kompetenzniveau 1, belief sich gemäss

LSE 2014 auf brutto Fr. 4'300.-- pro Monat (Tabelle TA1, Total). Umgerechnet auf die
betriebs übliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik,
betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T03.02.03.01.04.01) und
angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2015 (Bundesamt für Statistik, T39
Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010 bis 2017
, Frauen) ergibt sich

ein Jahreslohn von Fr. 54'054.60 (Fr. 4'300. -- : 40 x 41,7 x 12 : 2'673 x 2'686). Da der
Beschwerdeführerin lediglich noch ein Pensum von weniger als 30 % zumutbar ist, resul
tiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von weniger als Fr. 16' 216.40 (Fr.
54'054.60 x 0,3) , was bereits ohne sogenannten Leihensabzug (vgl. BGE 126 V 75) zu
einem Invaliditätsgrad von über 70 % führt (vgl. E. 1.4). 6.4

Demnach hat die Beschwerdeführerin ab dem 1. März 2015 Anspruch auf eine ganze Rente
der Invalidenversicherung. 7.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung (Urk. 2/1)
deshalb aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. März
2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen (Rentenanspruch von März 2014 bis
Februar 2015) ist die Beschwerde abzuweisen. 8 .

8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Da die Beschwerdeführerin nur marginal unterliegt, sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. E.____ in der Höhe von Fr. 4'000.-- (Urk. 23) sind auf die Gerichtskasse zu nehmen (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 139 V 496 E. 4.4).

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