

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00845 vom 17. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00845

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00845 du 17 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00845 del 17 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG)

Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hin sichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinwei sen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentli chen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeacht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisions grund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht um fassend («allseitig») zu

prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes von Arztberichten und Gutachten ist also entscheidend, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allen notwendigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E.

5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

S. 1 ff.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, die Abklärungen im Revisionsverfahren hätten gezeigt, dass die angestammte Tätigkeit weiterhin nicht zumutbar sei. Hingegen lasse der gesundheitliche Zustand mittlerweile die Ausübung einer angepassten Tätigkeit in vollem Umfang zu. Die depressive Erkrankung sei remittiert. Damit liege eine Besserung des Gesundheitszustandes vor, was eine Überprüfung des Rentenanspruchs erlaube. Auch aus somatischer Sicht spreche nichts gegen die uneingeschränkte Ausübung einer angepassten, das heisst körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit. Der Vergleich des Einkommens, das die Beschwerdeführerin ohne den Gesundheitsschaden voraussichtlich weiterhin erzielt hätte (Valideneinkommen), mit den trotz der Beeinträchtigung vorhandenen Verdienstmöglichkeiten (Invalideneinkommen) ergebe eine Differenz von weniger als 40%, weswegen kein Anspruch mehr auf eine Rente bestehe (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, beim Unfall im Jahre 2005 habe sie sich erhebliche Verletzungen zugezogen und sei seither gesundheitlich eingeschränkt. Die Beeinträchtigung wirke sich nicht nur auf die angestammte, sondern auch auf angepasste Tätigkeiten limitierend aus. Seit der letzten Anspruchsbeurteilung sei es aus rheumatologischer Sicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Dies werde durch die neuesten Arztberichte bestätigt. Dem Bericht über die Untersuchung durch die RAD-Ärztin, die im Anschluss an die Begutachtung durch die MEDAS-F.____ veranlasst worden sei, komme als verwaltungsinterner Bericht grundsätzlich

ein geringerer Beweiswert zu als dem MEDAS-Gutachten. Zur Beseitigung der Unklarheiten im MEDAS-Gutachten wäre daher - anstelle der Untersuchung durch die RAD -Ärztin

- Rückfragen an die MEDAS- Gutachter oder alternativ die Einholung eines weiteren Gutachtens naheliegend gewesen. Jedenfalls bestünde aufgrund der somatischen Einschränkungen weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit eine verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 3 ff.).

Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Abklärung falle auf, dass der MEDAS-Gutachter H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nur eine Schmerzstörung nicht aber eine depressive Symptomatik festgestellt habe, während alle behandelnden Ärzte auch vom Fortbestehen der Depression ausgegangen seien und dies auch näher begründet hätten. Es lasse sich mit hin nicht ausschliessen, dass die MEDAS-Beurteilung einseitig zu Gunsten der Beschwerdegegnerin ausgefallen sei. Ausserdem treffe die Feststellung der Beschwerdegegnerin nicht zu, dass auferlegte medizinische Massnahmen nicht durchgeführt worden seien. Auch der Gutachter H.____ habe auf die kontinuierliche fachpsychiatrische Behandlung hingewiesen. Allein im Jahr 2014 sei es vorübergehend zu einer Besserung des Zustandes gekommen. Hernach habe sich dies erneut verschlechtert und mittlerweile sei von einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung auszugehen und es werde gar eine stationäre oder teilstationäre Behandlung erwogen. Von einer dauerhaften Besserung des psychischen Zustandes könne tatsächlich nicht ausgegangen werden und auch aus psychiatrischer Sicht sei weder die angestammte noch eine anderweitige Erwerbstätigkeit zumutbar (Urk. 1 S. 11 ff.).

E. 3

Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4). Die Verfügung vom 18. Juni 2009

(Urk. 10/55), mit

der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab Januar 2006 eine ganze Rente zugesprochen hatte, erfüllt diese Voraussetzungen. Der Zusprechung der Rente lag in erster Linie die Beurteilung des psychischen Zustandes durch Dr. D.____

zu Grunde. Dieser war in seinem Gutachten vom 25. Oktober 2008 zum Schluss gekommen, aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode sei die Beschwerdeführerin in der Lage, in einem Pensum von 50 % eine Erwerbstätigkeit auszuüben (Urk. 10/30/21). Dieser Einschätzung folgte die Beschwerdegegnerin (Urk. 10/34/5). Zusammen mit der somatischen Beeinträchtigung in Form einer verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule und der Folge, dass die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau dauerhaft nicht mehr geeignet sei, ging die Beschwerdegegnerin von einer Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich nicht belastenden Tätigkeit von 50 % aus. Der Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 70 % (Urk. 10/45/2).

E. 4.1

Die E.____ -Ärzte führten mit der Beschwerdeführerin auf Veranlassung des Unfallversicherers im Januar 2012 eine funktionsorientierte medizinische Abklärung durch. Diese umfasste auch eine EFL. Die Gutachter nannten als Diagnose einen Status nach Unfall vom 4. Januar 2005 mit axialem Stauchungstrauma der HWS bei degenerativen Veränderungen und eine mögliche Spondylarthropathie, gegenwärtig in Abklärung, und führten aus, es zeige sich das Bild eines ausgedehnten Schmerzsyndroms, das sich nach dem Unfall im Januar 2005 entwickelt habe. Die Bildgebung zeige eine Atlantodentalarthrose und degenerative Veränderungen im Bereich der unteren Segmente der HWS mit konsekutiven neuroforaminalen Einengungen. Inwieweit das Schmerzgeschehen durch eine Reizkomponente von Nervenwurzeln mitbedingt sei, habe aufgrund der eingeschränkten Untersuchbarkeit und der schwer verwertbaren anamnestischen Angaben nicht sicher beurteilt werden können. Die Untersuchung sei durch ein maladaptives Schmerz- und Schonverhalten geprägt gewesen, das sich durch die objektivierten Befunde allein nicht erklären lasse. Eine leichte Belastbarkeitsverminderung der HWS sei aus medizinischer Sicht aber plausibel. Weiterhin stehe der Verdacht auf eine milde entzündliche systemische Grunderkrankung im Sinne einer Spondylarthropathie im Raum (Urk. 10/74/1-3). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wiesen die Ärzte darauf hin, die EFL habe aufgrund des Schmerzverhaltens der Beschwerdeführerin nicht wie vorgesehen durchgeführt werden können. Die gezeigte körperliche Belastbarkeit sei nur minimal gewesen und die funktionellen Leistungslimiten hätten in den meisten getesteten Funktionsbereichen nicht objektiviert werden können. Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da sie körperlich belastend gewesen sei. In einer angepassten, körperlich nicht belastenden Tätigkeit hingegen bestehe aus medizinisch-theoretischer Sicht keine Einschränkung (Urk. 10/74/4 f.).

In der Stellungnahme vom 28. Mai 2013 ergänzten die E.____ -Ärzte, aufgrund des dokumentierten Verlaufes seit der Untersuchung im Januar 2012 empfehle sich eine bi-disziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin (Urk. 10/93).

E. 4.2

Das in der Folge von der IV-Stelle eingeholte polydisziplinäre Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie erstatteten die Ärzte der MEDAS- F.____ am 25. August 2014. Als Diagnosen nannten die Gutachter ein chronifiziertes

myofasciales Schmerzsyndrom nach Nackentrauma im Januar 2005 und vorbestehenden Degenerationen an der HWS, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41), eine depressive Episode gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) und eine Hypercholesterinämie (Urk. 10/125/58 f.).

Sodann führten die Experten aus, seit dem Sturz vom Stuhl im Januar 2005 habe sich im Nackenbereich vor allem linksseitig ein chronisches Schmerzsyndrom ausgebildet. Der Gesundheitszustand sei im Vergleich zur letzten rheumatologischen Beurteilung im November 2009 grundsätzlich unverändert. Das wesentlichste Handicap sei die durch die Schmerzen verminderte Beweglichkeit der HWS und eine verminderte Belastbarkeit des linken Arms. In den letzten Monaten sei es zu Symptomen eines radikulären Kompressionssyndroms C6 und wahrscheinlich auch C7 gekommen, wobei die klinische Beurteilung wegen des ausgedehnten chronifizierten Schmerzsyndroms schwierig sei. Für die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau in einem Alters- und Pflegeheim bestehe seit

Januar 2005 und verändert keine Arbeitsfähigkeit mehr. Weiterhin zumutbar seien indessen leichte Tätigkeiten ohne Heben von Patienten oder Lasten über

E. 4.3

RAD-Ärztin Dr. G.____

untersuchte die Beschwerdeführerin am 30. März 2017 orthopädisch (Urk. 10/163/1 ff.) und würdigte die Untersuchungsbefunde unter Bezugnahme auf die Vorakten (Urk. 10/163/9 ff.), worüber sie am 15. Mai 2017 berichtete. Auch sie kam zum Schluss, die dokumentierten und die aktuellen Untersuchungsbefunde zeigten einen seit 2009 im Wesentlichen unveränderten somatischen Gesundheitszustand. Objektivierbare Einschränkungen der Belastbarkeit für adaptierte Tätigkeiten lägen nicht vor. Das geklagte Schmerzniveau sei anhand der Laborbefunde und anhand der zahlreichen Inkonsistenzen bei der Untersuchung als fragwürdig zu bezeichnen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne von einer höchstens um 10 %

eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten mit gelegentlichem Bewegen und Tragen von Lasten bis 10 kg körpernah, ohne Überstreckbelastungen, Zwangshaltungen und repetitiv-mono tonen Belastungen der HWS (z.B. ständige Drehbewegungen), ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen und unter Ausschluss von Kälte, Nässe und Zugluft ausgegangen werden. Diese Beurteilung gelte seit 2009. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS bestehe ein erhöhter Pausenbedarf von zusätzlich rund einer halben Stunde pro Halbtage. In der bisherigen Tätigkeit als Pflegefachfrau in der Altenpflege gelte weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/163/11 f.). 5.

E. 5

bis 8 kg. Für eine solche Tätigkeit gelte dieselbe zeitliche Zumutbarkeit wie 2009, das heißt eine stundenweise bis halbtags auf den Tag verteilte Arbeitseinsatz

mit vermehrten Pausen (S. 63). Aus psychiatrischer Sicht sei die depressive Episode zwischenzeitlich remittiert, neu sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen (S. 61 f.). Dieses Leiden schränke die Arbeitsfähigkeit indessen nicht wesentlich ein. In Bezug auf die übrigen Fachgebiete ergäben sich keine funktionellen Einschränkungen. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der im Wesentlichen unveränderten rheumatologischen Symptomatik limitiert. Neu hinzugekommen sei die Radikulopathie C6 und möglicherweise C7. Die adaptierte Arbeitsfähigkeit sei gleich zu beurteilen wie im rheumatologischen Gutachten der Klinik I.____

vom 22. November 200

E. 5.1

Psychiatrisch gingen die MEDAS-Gutachter von einer im Vergleich zur letzten Anspruchsprüfung eingetretenen Besserung im Sinne einer inzwischen remittierten Depression aus. Die mittelgradige depressive Episode war seinerzeit aus schlaggebend für die Zuspreehung der Rente gewesen (Urk. 10/34/5, Urk. 10/48/1). Dabei der letzten Beurteilung ein Invaliditätsgrad von 70 % ermittelt wurde (vgl. Urk. 10/47, Urk. 10/55), erreicht bereits eine geringfügige Verbesserung für eine Veränderung des Leistungsanspruchs aus

(vgl. BGE 133 V 545 E. 7). 5. 2

Der psychiatrische Experte H.____

legte dar, anlässlich der Untersuchung der Beschwerdeführerin am 2. Juli 2014 (einstündiges Gespräch unter Beizug einer Dolmetscherin; Urk. 10/125/43) hätten keine depressiven Symptome festgestellt werden können. Keines der Hauptkriterien zur Stellung dieser Diagnose sei erfüllt gewesen. Weder sei die Stimmung betrübt noch der Antrieb reduziert gewesen und es habe keine Interesse- oder Freudlosigkeit vorgelegen (Urk. 10/125/48). Vielmehr seien die Grundstimmung ausgeglichen, der Antrieb normal, die Psychomotorik unauffällig und der affektive Rapport herstellbar gewesen. Auch das formale und inhaltliche Denken sei

nicht beeinträchtigt gewesen und die Konzentration und die Aufmerksamkeit hätten im Verlauf des Gesprächs nicht abgenommen (Urk. 10/125/45).

Die damalige Diagnose habe nicht mehr bestätigt werden können, sondern es sei von einer depressiven Episode gegenwärtig remittiert gemäss ICD-10 F32.4 auszugehen (Urk. 10/125/48 f.). 5. 3

Die Beschwerdeführerin verneint eine Besserung und verweist auf Berichte der behandelnden Ärzte Dr. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie,

aus dem Jahr 2012 (Urk. 1 S. 11 f.). Die seinerzeitigen Darlegungen von Dr. J.____ sind im MEDAS-Gutachten wiedergegeben (Urk. 10/125/47). Der Arzt führte aus, die Beschwerdeführerin leide unter einer ausgeprägt depressiven Grundstimmung mit Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Freud- und Interesselosigkeit, verminderter Aufmerksamkeit, negativen Gedanken, sozialem Rückzug und vermindertem Selbstwertgefühl (vgl.

Urk. 10/125/33 f.). K.____ fasste im Bericht des Zentrums L.____

vom 7. Dezember 2012 zusammen, die Beschwerdeführerin sei zwar einerseits mitteilungsaktiv, andererseits aber in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, gehemmt, depressiv-resigniert und affektiv unkontrolliert. Die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit seien verlangsamt (Urk. 10/91/5).

Demgegenüber stehen die anlässlich der MEDAS-Begutachtung erhobenen Befunde (Untersuchung vom 2.

Juli 2014), die eine Besserung nahelegen (vgl. vorstehende E. 5.2). Weswegen H.____ bei Dr. J.____

oder bei anderen behandelnden Ärzten zusätzlich zu den bekannten Vorakten Berichte hätte einholen sollen, legte die Beschwerdeführerin nicht näher dar (vgl. Urk. 1 S. 13). Das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte liegt im Ermessen

des

Experten

(Urteile 9C_762/2010 vom 19. Oktober 2010 E. 3.1; 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1).

Eine nicht haltbare Ausübung dieses Ermessens ist nicht dargetan. 5. 4

Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, Dr. J.____ habe anlässlich einer telefonischen Unterredung im August 2018 dargelegt, das MEDAS-Gutachten sei nicht korrekt. Effektiv liege eine mittelschwere bis schwere depressive Störung vor (Urk. 1 S. 14). Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin die schriftliche Stellungnahme des Arztes vom 6. September 2017 nach (Urk. 7/1). Darin beschreibt Dr. J.____ eine ausgeprägt depressive Stimmungslage. Der Bericht gibt einerseits die Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verfügung wieder, die hier

grundsätzlich nicht massgebend sind. Andererseits beschreibt Dr. J.____ den Zustand der Beschwerdeführerin seit dem Beginn der Behandlung im Jahr 2012 als mehrheitlich deutlich depressiv. Letzteres schliesst die von H.____ zwei Jahre später festgestellte Besserung zwar nicht aus, aber es lässt sich gleichwohl

nicht ausschliessen, dass gesamthaft betrachtet von einem

im Verlauf fluktuierenden depressiven Zustandsbild auszugehen ist,

wobei die MEDAS-Begutachtung in eine Phase ohne auffällig ausgeprägte Symptome fiel. Es rechtfertigte sich

diesfalls nicht, von einer anhaltenden Besserung im Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen. Somit ist nicht ausgeschlossen, dass sich das depressive Leiden weiterhin auf die erwerblichen Ressourcen der Beschwerdeführerin auswirkt und diesbezüglich unter Umständen kein Revisionsgrund gegeben ist. Eine Klärung in Form zusätzlicher Abklärungen drängt sich auf. 6. 6.1

Gemäss Konsensbeurteilung im MEDAS-Gutachten ist neu die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) zu stellen, wobei sich das Leiden nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt

(Urk. 10/125/59). H.____

führte dazu in seinem Teilgutachten aus, die angegebenen Schmerzen seien in ihrer Ausprägung

somatisch nicht ausreichend erklärbar. Allerdings gingen sie nicht über diejenigen Körperbereiche hinaus, die somatisch erklärbar von Schmerzen betroffen seien, weswegen keine Schmerzausweitung vorliege. Einfluss auf die Schmerzen hätten nicht zuletzt auch psychosoziale Faktoren, insbesondere finanzielle Probleme und die unsichere Zukunft (Urk. 10/125/47).

Bei der Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ist zu beachten, dass sie von derjenigen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht entscheidend abgrenzbar ist

(vgl. Dilling /

Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. A., Bern 2015, S. 233

Fn 1). Ob

H.____ diesem Aspekt Beachtung schenkte, indem er festhielt, aufgrund der erhobenen Befunde seien die Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder auch einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und

psychischen Faktoren erfüllt (Urk. 10/125/47) , führte er nicht aus. Entscheidend ist allerdings nicht die exakte diagnostische Einordnung der Schmerzstörung, sondern deren Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit. 6. 2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung).

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).

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 Aktivitätsniveaus 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).

Die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten verlieren nicht ein fach ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). 6. 3

Die diagnoserelevanten Befunde, mit anderen Worten die Schmerzen, beschrieb die Beschwerdeführerin anlässlich der MEDAS -Begutachtung als intensive

Dauerbeschwerden (Stufe 7 auf einer Schmerzskala bis 10). Diese lokalisierte sie links seitlich im Nacken, in der Brust und im Arm verbunden mit einem Einschlaf- und Schwächegefühl. Hinzu komme ein vor allem nächtliches Elektrisieren in den Fingerspitzen ungefähr zweimal während zehn Minuten. Die Schmerzen im Nacken und dem linken oberen Brustquadranten hätten einen drückenden Charakter. Bei Belastungen strahlten die Schmerzen bis zur Schläfe oder zu den Augen aus. Zu einer Schmerzzunahme komme es regelmässig beim längeren Sitzen, beim Schauen nach unten und beim Versuch , den Kopf zu drehen (Urk. 10/125/53). Eindrückliche Schmerzen beschrieb die Beschwerdeführerin auch bei der Untersuchung durch Dr. G.____ (Urk. 10/163/1 f.) .

Relativiert werden die

Angaben der Beschwerdeführerin durch das von Dr. G.____ beobachtete Spontanverhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung (einerseits heftige Schmerzangaben bei der Prüfung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und Gegenwehr und andererseits unter Ablenkung keine auffälligen Beweglichkeitseinschränkungen und Schmerzáusserungen;

Urk. 10/163/4 ff.). Dies spricht eher

gegen eine schwergradige Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

und aufgrund der beobachteten Inkonsistenzen ist unklar, inwieweit auf die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin abgestellt werden kann. Inkonsistentes Verhalten in der Untersuchung erwähnten die MEDAS-Gutachter und Dr. G.____ gleichermassen und bei der EFL

anlässlich der E.____-Begutachtung wiesen die Gutachter auf ein selbstlimitierendes Verhalten hin (Urk. 10/74/3 f.).

Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass die MEDAS-Gutachter abschliessend festhielten, die Schmerzen der Beschwerdeführerin seien organisch erklärbar (Urk. 10/125/63). Ist indessen effektiv von einer Selbstlimitation auszugehen, könnte trotz der bisher erfolglosen Therapiebemühungen wohl nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden.

6.4

Auch weitere wesentliche Indikatoren lassen sich anhand der Darlegungen im MEDAS-Gutachten nicht hinreichend beantworten. Zwar kam H.____ zum Schluss, es lägen keine Hinweise für den Verlust der sozialen Integration vor (Urk. 10/125/47). Nachvollziehen lässt sich dies allerdings nicht, zumal Dr. J.____ in seinem Bericht vom 6. September 2017 von einem eindeutigen sozialen Rückzug berichtete (Urk. 7/1 S. 2). Der blosser Hinweis im MEDAS-Gutachten, die Beschwerdeführerin sei sozial gut integriert, reicht nicht. In der Anamnese finden sich kaum Angaben dazu (vgl. Urk. 10/125/43 ff.). Die persönlichen Ressourcen, der soziale Kontext und insbesondere der beweisrechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz lassen sich anhand der Angaben im MEDAS-Gutachten nicht beurteilen. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die Schmerzstörung, auch im Zusammenhang mit der depressiven Störung (vgl. vorstehende E. 5) sind die Standardindikatoren zu beachten. Um die erforderliche Würdigung vornehmen zu können reichen punktuelle Rückfragen nicht, sondern es bedarf umfangreichere zusätzlicher

Abklärungen. Erst dies wird die Beurteilung erlauben, ob aus psychiatrischer Sicht ein Revisionsgrund gegeben ist. 7. 7.1

Anders als die Beschwerdegegnerin geht die Beschwerdeführerin von einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes in somatischer Hinsicht aus. Zur Untermauerung ihres Standpunktes verweist sie auf neuere Berichte behandeln der Ärzte. Zusätzlich zu den aus den medizinischen Akten bereits bekannten Diagnosen und Befunden wird in diesen auf neue bildgebend festgestellte Auffälligkeiten hingewiesen (Urk. 3/3-6, Urk.

E. 9

Aufgrund der Chronifizierung

würden auch therapeutische Massnahmen voraussichtlich nicht zu einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit beitragen

(vgl. Urk. 10/125/46 ff., Urk. 10/125/53 ff., Urk. 10/125/58 ff.).

Im genannten Gutachten der Klinik I.____, das diese zu Händen

des Unfallversicherers verfasst hatte, waren die Gutachter zum Schluss gekommen, unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komponente und der fehlenden Coping-Strategien bezüglich der Beschwerden sei im bisherigen Verlauf auch in einer nicht belastenden Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % auszugehen (Urk. 10/122/117 f.).

E. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Da eine Rückweisung von B unzulässig wegen des Obsiegens gilt (BGE 137 V 57 Regeste u. E. 2.1), sind die Kosten antragsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegenpart aufzuerlegen.

E. 9.2

Da die Beschwerdeführerin obsiegt, hat sie gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach über den Leistungsanspruch erneut verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700

.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr.

2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Amsler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

E. 13

, Urk. 15/2). Bereits die MEDAS-Gutachter hatten eine Veränderung in Form einer Zunahme der degenerativen Veränderungen an der HWS festgestellt (Urk. 10/125/56 f.). 7.2

Die von der Beschwerdeführer in neu geltend gemachten Befunde wurden anhand von bildgebenden Untersuchungen kurz nach Erlass der Verfügung erhoben. Die im MEDAS-Gutachten berücksichtigten bildgebenden Befunde geben den Zustand bis Juli 2014 wieder (vgl. Urk. 10/125/55

f.) .

Dr.

G.____ verzichtete bei ihrer Untersuchung im März 2017 auf zusätzliche bildgebende Abklärungen und griff für ihre Beurteilung auf die im Dossier vorhandenen medizinisch-technischen Untersuchungen zurück (Urk. 10/163/9) . Nicht abgedeckt ist somit der Zeitraum ab Juli 2014 (MEDAS-Begutachtung) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 19. Juni 2017. Eine Veränderung

im Sinne einer Verschlechterung bereits in dieser Zeit ist nicht auszuschliessen. Da im Zusammenhang mit dem psychischen Leiden weitere Abklärungen nötig sind (vorstehende E. 5 u. 6) , rechtfertigt sich auch eine zusätzliche Abklärung der somatischen Belange im Rahmen der Rückweisung. 8.

Als Fazit ergibt sich, dass sich die bei Verfügungserlass massgebliche Gesamtsituation mit den vorhandenen Erkenntnissen nicht abschliessend beurteilen lässt. Welche Arbeitsleistung in welcher Tätigkeit der Beschwerdeführerin im Vergleich zur letztmaligen Anspruchsprüfung noch zumutbar ist , ist vielmehr noch offen. Es sind weitere medizinische Abklärungen erforderlich, die insbesondere auch den geänderten rechtlichen Gegebenheiten (Indikatorenprüfung bei psychischen Leiden) Rechnung tragen. Um dies zu gewährleisten bedarf es der Einholung eines polydisziplinären Gutachtens. Zu diesem Zweck ist die Angelegenheit an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 9 .

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