

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00936 vom 30. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00936

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00936 du 30 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00936 del 30 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1965 geborene X.____ (verheiratet und Mutter von drei 1987, 1990 und 1992 geborenen Kindern) arbeitete zuletzt als Pflegehelferin SRK bei der Y.____ bei einem 60%-Pensum und als Nachtwache in einer Pflege wohngruppe der Stadt Z.____ (9 bis 11 monatliche Nachteinsätze, Urk. 6/9 und Urk. 6/19). Am 12. Dezember 2008 zog sie sich bei einem Verkehrsunfall ein Schleudertrauma zu (vgl. Unfallmeldung der Y.____ vom 31. Dezember 2008, Urk. 6/13 S. 2). Die Zürich Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) trat als Unfallversicherung auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 6/13). Am 9. November 2009 (E in gangsdatum) meldete sich die V ersicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/4). In der Folge tätigte die IV-Stelle medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung bei. Am 3. Februar 2010 teilte die IV-Stelle X.____ mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen zurzeit nicht möglich seien, da sie sich aktuell nicht arbeitsfähig fühle (Urk. 6/20). Mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2010 bestätigte die Zürich ihre Verfügung vom 14. Januar 2010, womit die Leistungen - mangels natürlicher und adäquater Kausalität der bestehenden Beschwerden zum Unfallereignis - auf den 26. August 2009 eingestellt wurden (Urk. 6/28 und Urk. 6/31). Am 15. Dezember 2010 wurde eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt durchgeführt (Abklärungsbericht vom 20. Dezember 2010, Urk. 6/35). Daraufhin leitete die IV-Stelle eine interdisziplinäre Begutachtung durch das A.____ ein, wobei der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin - Rechtsanwalt lic. iur. Philip Stolkin - mit Eingabe vom 1. Februar 2012 einen umfangreichen Fragenkatalog zur Weiterleitung ans A.____ einreichte (Urk. 6/57-58). Das interdisziplinäre (allgemein-medizinische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische) A.____ - Gutachten wurde am 10. April 2012 erstattet (Urk. 6/62), wobei gestützt auf eine Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 5. Juli 2012 (Urk. 6/75) die Zusatzkosten für die Beantwortung des Fragenkatalogs nicht von der IV-Stelle übernommen wurden. Mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2012 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens an (Urk. 6/73), wogegen sie am 13. Dezember 201

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder

psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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 ausgewiesen 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. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

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. 1.4

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. 1.5

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.6

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 ihrer 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. Valideinkommen). 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. 1.7

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt 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 Beweismaterial 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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, 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 einleuchtet, 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 auszuräumende 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 Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.8

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 111 E. 3d/ bb ; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 1.9

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). 2.

E. 2

Es sei die Verfügung vom 21.07.2017 aufzuheben und an die Vorinstanz zur weiteren Behandlung zurückzuweisen.

Zudem versehen mit folgenden Verfahrensanträgen:

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 21. Juli 2017 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin und Nachtwache seit dem 28. September 2009 (vor Ablauf der einjährigen Wartezeit) noch im Rahmen von 50 % möglich sei, wobei zuvor seit dem 12. Dezember 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Seit dem 28.

September 2009 bestehe in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit, ohne repetitives Lastenheben und körperliche Zwangshaltungen) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die Invaliditätsbemessung ergebe einen Invaliditätsgrad von 22 %.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass auf das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. D.____ nicht abgestellt werden könne, da es sämtlichen weiteren vorliegenden ärztlichen Einschätzungen widerspreche und offensichtlich falsch sei. Eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sei illusorisch (Urk. 1). 3.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen.

E. 3.1

Dr. med. K.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Gutachten vom 12. Juli 2009 (Urk. 6/13 S. 37 ff.) zuhanden der Zürich Unfallversicherung aus, dass die Beschwerdeführerin bei einem Unfall (mit kollisionsbedingter Geschwindigkeitsänderung von 7.7 bis 12.7 km/h) am 12. Dezember 2008 ein HWS-Distorsionstrauma erlitten habe und aus psychiatrischer Sicht eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit erheblicher Aggravation bestehe. Es liege keine genuine depressive Störung und auch keine andere psychische Störung vor, die eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Es beständen keine Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin eine Störung oder Schwierigkeit hinsichtlich der Verarbeitung des Unfalles habe. Die somatoforme Schmerzstörung mit erheblicher Aggravation sei aller Wahrscheinlichkeit nach von einer Begehrens- respektive Entschädigungshaltung motiviert.

E. 3.2

Dr. med. G.____, Allgemeine Medizin FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit dem 12. Dezember 2008 hausärztlich behandelt, stellte in seinem Bericht vom 24. November 2009 (Urk. 6/10) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Posttraumatisches cervicocephales Schmerzsyndrom

-

Reaktive lumbospondylogene Schmerzen

-

Reaktive Depression

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin seit dem 12. Dezember 2008 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des bisherigen

hartnäckigen Behandlungsverlaufs müsse mit einer längeren Heilungsdauer gerechnet werden.

E. 3.3

Im Gutachten des L.____ AG mit neurologischer, psychiatrisch-leistungspsychologischer Untersuchung sowie Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 28. September 2009 (L.____ -Gutachten, Urk. 6/13 S. 48 ff.) zuhanden der Zürich Unfallversicherung wurden folgende interdisziplinäre Diagnosen genannt:

-

Panvertebrales, betont cervikocephales Schmerzsyndrom bei/mit:

-

Thorakolumbalem Flachrücken

-

Muskulärer Insuffizienz

-

Kleiner Diskusprotrusion rechtsparamedian C5/6 mit leichter Einengung beider Neuroforamina , Diskusprotrusion auf dem Niveau C3/4 linksparamedian ohne neuroforaminale Einengung (MRI HWS vom 17. Februar 2009)

-

Status nach craniocervikalem Beschleunigungstrauma gemäss Quebec Task Force I am 12. Dezember 2008

-

Kopfschmerzen vom Spannungstyp, eventuell mit orthostatischer Komponente

-

Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit erheblicher Aggravation

Da sich die Beschwerdeführerin in der EFL nicht bis zur funktionellen Limite habe belasten lassen, könne zur Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als Pflegerin keine definitive Aussage gemacht werden. Aus rein körperlicher Sicht sei eine leichte Arbeit ganztags zumutbar. Es lägen eine somatoforme Schmerzstörung sowie vorbestehende degenerative Veränderungen mit zumindest vorübergehender Behandlungsbedürftigkeit vor. Ausserdem seien Verhaltensauffälligkeiten ohne Unfall- oder Krankheitsrelevanz festgehalten worden. Aus unfallbedingter Sicht seien sowohl alle bisherigen Tätigkeiten als auch jegliche andere körperliche Tätigkeit mit voller Leistung durchführbar. Dabei müsse darauf hingewiesen werden, dass nicht unfallbedingt im Rahmen der generellen

Konstitution der Beschwerdeführerin gesehen, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Spitex und als Nachtwache, welche als eine mittelschwere bis knapp schwere Tätigkeit zu taxieren sei, wohl eher über der körperlichen langfristig tolerierbaren Belastbarkeit liege. Aus dieser konstitutionellen Sicht und angesichts der unfall fremden degenerativen HWS - und LWS -Veränderungen hätten jederzeit - auch ohne Unfalleinfluss - Beschwerden analog wie nach dem Unfallereignis auftreten können.

E. 3.4

Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. Januar 2009 (richtig: 2010, Urk. 6/17 S. 1-4) zuhanden der Beschwerdeführerin einen Status nach HWS -Trauma am 12. Dezember 2008 und eine depressive Entwicklung, jeweils mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerden sollten sich allmählich zurückbilden, doch sei der Verlauf zähflüssig. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 12. Dezember 2008 und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. M.____ verwies auf seinen Bericht vom 9. September 2009 (S. 5-7) zuhanden des behandelnden Hausarztes Dr. G.____, worin er fest hielt, dass die Folgen des HWS-Traumas vom 12. Dezember 2008 in Form eines recht ausgeprägten cervikocephalen Beschwerdebildes noch deutlich vorhanden seien. Relevante Befunde seien eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Die eingetretene depressive Entwicklung dürfte das Beschwerdebild wesentlich verstärkt haben. Die Behandlung dieser Depression sei deshalb vordringlich. Der geplante Arbeitsversuch bei ihrer bisherigen Stelle bei der Spitex sei langsam, mit einer anfänglichen Belastung von maximal 20 %, zu beginnen.

E. 3.5

Im Bericht der N.____ vom 13. Oktober 2010 (Urk. 6/33 S. 1-6), wo sich die Beschwerdeführerin vom 15. Februar bis 21. März und vom 16. April bis 19. Mai 2010 in stationärer Behandlung befand, wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.2, bestehend seit 2009)

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4, bestehend seit 2009)

-

Status nach HWS-Beschleunigungstrauma bei Verkehrsunfall am 12. Dezember 2008

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin vom 15. Februar bis 19. Mai 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt könne die Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit nicht beurteilt werden. Der Verlauf sei durch wiederholte Stimmungseinbrüche, das komplexe, wechselnde, jedoch chronische Schmerzsyndrom sowie das regressive vermeidende Verhalten der Beschwerdeführerin kompliziert. Die Arbeit an geeigneten Copingstrategien, Förderung von Ressourcen und

Aktivierung im Rahmen des therapeutischen Programmes zeige sich erschwert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei daher mittelfristig von einer mässigen bis ungünstigen Prognose auszugehen.

E. 3.6

Im Bericht der N.____ vom 17. Januar 2011 (Urk. 6/36) zuhanden der Beschwerde gegnerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
(ICD-10: F45.41)

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit
psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3)

-

Status nach HWS-Beschleunigungstrauma bei Verkehrsunfall am
12. Dezember 2008

Die Beschwerdeführerin sei vom 19. bis 23. Oktober 2010 in der Krisenintervention
gewesen. Sie sei seit dem 14. April 2010 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Die
bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar, wobei es zu prüfen bleibe, ob ihr eine
angepasste Tätigkeit möglich wäre.

E. 3.7

Dr. G.____ stellte in seinem Bericht vom 1. Februar 2011 (Urk. 6/37) zuhanden der
Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Depressive Störung

-

Somatoforme Schmerzstörung

-

Posttraumatisches cervikocephales Schmerzsyndrom nach HWS -Trauma
am 12. Dezember 2008

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin wei-
terhin zu 100 % arbeitsunfähig, wobei die Prognose aufgrund der bisherigen Entwicklung
ungünstig sei. Erwünscht wäre eine stationäre Rehabilitation.

E. 3.8

Das interdisziplinäre (allgemein-medizinische, rheumatologische, neurologische und
psychiatrische) A.____ -Gutachten vom 10. April 2012 (Urk. 6/62) nannte folgende
Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen

-

Cervicocephales Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance des Schultergürtels

-

Brachialgie beidseits, linksbetont

-

Leichte degenerative Veränderungen der unteren HWS mit Diskusprotrusion C5/6 mit leichter Einengung beider Neuroforamina

-

Status nach HWS-Distorsion bei Verkehrsunfall am 12. Dezember 2008

-

Chronisches lumbovertebrales Syndrom mit links betonter spondylogener Ausstrahlung mit Flachrücken, Haltungsinsuffizienz

-

Spondylarthrose

L5/S1

Bei der Beschwerdeführerin stehe das psychische Leiden im Vordergrund. Sie zeige eine depressive Symptomatik, welche in ihrem Ausmass einer mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung entspreche. Zudem fänden sich Somatisierungstendenzen, indem die Beschwerdeführerin über Schmerzen (vor allem in der linken Körperhälfte) klagte, für welche sich kein oder nur teilweise ein somatisches Korrelat finden lasse, so dass die Schmerzen aus somatischer Sicht nur unzureichend erklärt werden könnten. Die Beschwerdeführerin weise ein cervicocephales Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance des Schultergürtels auf. Zudem fänden sich leichte degenerative Veränderungen der unteren HWS mit einer Diskusprotrusion C5/6 und leichter Einengung beider Neuroforamina. Auch fänden sich degenerative Erscheinungen auf Höhe L5/S1. Bei der Begutachtung hätten sich in keinem der untersuchten Fachgebiete irgendwelche Inkonsistenzen gezeigt. Auch habe die Beschwerdeführerin keine Aggravationstendenzen gezeigt. Durch das depressive Leiden sei sie in ihrer psychophysischen Belastbarkeit, Ausdauer und Kraftentfaltung eingeschränkt. Auch beständen somatisch erklärbare Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit aufgrund degenerativer Erscheinungen auf Höhe C5/6 und L5/S1. Darüber hinaus würden somatisch erklärbare Beschwerden im Rahmen des depressiven Leidens eine funktionelle Verstärkung erfahren, wodurch das Ausmass der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden verständlich werde.

Im Vordergrund stehe das psychische Leiden. Zweifellos überwiegen zurzeit psychosoziale Faktoren nicht.

Aufgrund der medizinischen Problematik bestehe eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, welche sich hinderlich auf die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau auswirke. Diese Tätigkeit sei mit dem Anheben von Patienten verbunden. Ungünstig wirke sich auch der Flachrücken der Beschwerdeführerin auf körperlich anstrengende Tätigkeiten aus. Somit bestehe in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachfrau eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit dem Unfall von 2008. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, ohne repetitives Lastenheben und körperliche Zwangshaltungen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich adaptierte Tätigkeiten ergebe sich aus dem depressiven Leiden. An medizinischen Massnahmen empfehle sich Kräftigungsgymnastik. Weiter sollte die laufende psychiatrische Behandlung fortgesetzt werden. Im Falle der Beschwerdeführerin sei die Prognose mit Zurückhaltung zu stellen. Es sei der Eindruck entstanden, dass die Ansicht der Beschwerdeführerin, zu keinerlei Erwerbstätigkeit mehr fähig zu sein, sich in unheilvoller Weise zur subjektiven Gewissheit verdichtet habe.

E. 3.9

Im Austrittsbericht der Privatklinik C.____ vom 16. Januar 2012 (richtig: 2013, Urk. 6/83), wo die Beschwerdeführerin vom 25. Oktober 2012 bis 15. Januar 2013 stationär hospitalisiert war, wurden folgende psychiatrische Diagnosen und Belastungsfaktoren nach ICD-10 aufgeführt:

-

Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10: F25.1)

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika:

Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1)

Ausserdem wurden folgende somatische Diagnosen genannt :

-

Traumatische Spondylopathie : Zervikalbereich (ICD-10: M48.32)

-

Traumatische Spondylopathie : Lumbalbereich (ICD-10: M48.36)

-

Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet (ICD-10: N39.0)

Seit einem Autounfall 2008, bei dem die Beschwerdeführerin ein Schleudertrauma erlitten habe, leide sie unter einer multiplen Schmerzsymptomatik im Schulter-, Nacken- und Kopfbereich mit Taubheitsgefühlen in Armen, Händen und Beinen sowie starken Schwindelgefühlen. In einer ausführlichen Diagnostik 2009 habe kein organisches Korrelat gefunden werden können. Die Beschwerdeführerin habe ihre volle Arbeitsfähigkeit nach

dem Unfall nie wiedererlangt werden können und 2009 sei ihr Job bei der Spitex gekündigt worden. Zunehmend habe sie eine depressive Symptomatik entwickelt mit Schlafstörungen, stark gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug, Appetitverlust und lebensmüden Gedanken. Dazu sei

negativ kommentierendes beziehungsweise aufforderndes Stimmenhören mit dem Inhalt, sich das Leben zu nehmen, psychopathologisch in den Vordergrund getreten. Die Beschwerdeführerin habe 3 Mal versucht, sich mit teils Medikamenten das Leben zu nehmen, zuletzt vor 2 Monaten. Aktuell sei sie von Suizidgedanken distanziert und könne sich auch vom Stimmenhören distanzieren. Zum Zeitpunkt des Austrittes und voraussichtlich darüber hinaus, sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Nachdem die geringste Belastung induzierend für die Plusssymptomatik als auch für die Triggerung massiver Schmerzattacken sei, sei jegliche berufliche Tätigkeit als kontraproduktiv zu betrachten. Eine Wiederbeschäftigung erscheine im Rahmen der gestellten Diagnosen daher eher unwahrscheinlich.

E. 3.10

Dr. G.____ nahm in seinem Verlaufsbericht vom 27. März 2013 (Urk. 6/88) Stellung und führte aus, dass die Beschwerdeführerin nach dem 3-monatigen stationären Aufenthalt in der Privatklinik C.____ nun in ambulanter Psychotherapie sei und unter diversen Psychopharmaka stehe. Zurzeit bestehe bei der Beschwerdeführerin eine psychische Situation mit chronischer Depression, Antriebslosigkeit und Traurigkeit im Vordergrund. Die präsentiere sich mit aufgedunsenem Gesicht und Lidschwellungen, möglicherweise als Nebenwirkung der Psychopharmaka. Dazu beklage sie weiterhin die chronischen Schmerzen, zurzeit weniger Kopfschmerzen als Gesäss- und Beinschmerzen links sowie zum Teil Gefühlsstörungen im linken Arm. Die wegen dieser unklaren sensorischen Störung am linken Arm durchgeführte neurologische Abklärung habe ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen und die Symptomatik im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung interpretiert. Insgesamt sei derzeit ein stationäres Zustandsbild mit schwerer Depression festzustellen und gleichzeitig chronifiziertem linksseitigen Schmerzsyndrom mit funktioneller linksseitiger Hemisymptomatik. Die depressive Symptomatik werde auch durch die familiäre soziale Situation bei zurzeit seit 3 Monaten stellenlosem Ehegatten nicht verbessert. Die von der Privatklinik C.____ verordnete Tagesstruktur in der psychiatrischen Tagesklinik O.____ habe die Beschwerdeführerin nicht antreten können, da sie sich zu schwach gefühlt habe. 3.

E. 3.12

Am 22. August 2013 nahm das A.____ Stellung zu den gestellten Rückfragen zum Gutachten vom 10. April 2012 (vgl. E. 3.8, Urk. 6/92 und Urk. 6/95) und führte dabei aus, dass die Beschwerdeführerin bei den gutachterlichen Untersuchungen angegeben habe, hin und wieder eine Frauenstimme zu hören, was sie aber später wieder in Abrede gestellt habe. Auch habe die psychiatrische Untersuchung keine Hinweise auf ein eindeutiges psychotisches Geschehen ergeben, weshalb diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), ausgegangen worden sei. Dem Bericht der Privatklinik C.____ vom 16. Januar 2013 sei jedoch zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vor dem Klinikeintritt am 25. Oktober 2012 negativ kommentierende Stimmen beziehungsweise suizidauffordernde Stimmen gehört habe. Auch im psychopathologischen Untersuchungsbefund seien diese Stimmen

beschrieben worden. Diagnostisch sei die Klinik von einer schizoaffektiven Störung ausgegangen, welche im Zeitpunkt der A.____-Begutachtung (Januar 2012) nicht habe festgestellt werden können. Weiter werde im Bericht ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bei Klinikaustritt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass sich seit dem Gutachten vom 12. April 2012 bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Zustandes eingestellt habe. Während zum Zeitpunkt der Begutachtung ausser fraglichen Stimmenhörens keine psychotischen Symptome vorgelegen hätten, werde im Bericht der Privatklinik C.____ ein deutliches psychotisches Zustandsbild festgehalten. Somit dürfte eine weit höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen, als im A.____-Gutachten vom 10. April 2012 attestiert worden sei. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit Klinikaustritt vom 15. Januar 2013 müsste eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung erfolgen.

E. 3.13

Die Beschwerdeführerin war vom 27. Mai bis 12. Juli 2013 zum 3. Mal stationär in der N.____

hospitalisiert,

welche mit Bericht vom 11.

November 2013 (Urk. 6/99) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festhielt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2)

-

Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

-

Status nach HWS-Beschleunigungstrauma bei Verkehrsunfall am

12. Dezember 2008

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit in den folgenden Zeiträumen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen: 15. Februar bis 23. März 2010, vom 16. April bis 19. Mai 2010, vom 19. bis 23. Oktober 2010, vom 8. Februar bis 1. Juli 20

E. 3.14

Dr. M.____ stellte in seinem Bericht vom 7. Oktober 2015 (Urk. 6/150) zuhanden des behandelnden Hausarztes Dr. G.____ folgende Diagnosen:

-

Chronisches, posttraumatisches und weitgehend therapieresistentes cervikocephales Schmerzsyndrom mit Cerviko-Brachialgie links bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 12. Dezember 2008

-

Chronisches, lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radikulären Reizerscheinungen im linken Bein

-

schwere depressive Entwicklung

Das Schmerzsyndrom sei unverändert. Relevante Befunde seien eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS, mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle beständen keine, sodass eine Verletzung des Halsmarkes oder einer zervikalen Wurzel nicht anzunehmen sei. Die Beschwerden seien somit weichteilbedingt. Im posttraumatischen Verlauf hätten sich auch zunehmend lumbale Beschwerden entwickelt. Neurologisch seien die Befunde an den unteren Extremitäten unauffällig, sodass eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel nicht anzunehmen sei. Die im posttraumatischen Verlauf entstandene Depression habe in zwischen ein weitgehend invalidisierendes Ausmass mit entsprechend verstärkendem Einfluss auf das Schmerzsyndrom erreicht. Die Einschätzung des A.____ - Gutachtens entspreche in keiner Weise dem Beschwerdebild der Beschwerdeführerin. Es sei nicht vorstellbar, dass eine Beschwerdeführerin mit ständigen Nacken- und Kopfschmerzen, lumbalen Schmerzen, Cerviko-Brachialgien links und lumbo-radikulären Beschwerden links, als Pflegefachfrau zu 50 % arbeiten solle. Zudem werde das Beschwerdebild durch die Depression und damit verbundenen nicht unerheblichen Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten verstärkt. Als Pflegefachfrau bestehe daher keine Arbeitsfähigkeit. In einem angepassten Bereich sei eine Teilarbeitsfähigkeit vorstellbar, dürfe aber den Grad von 30 % nicht überschreiten. In Frage kämen leichte Arbeiten wie Überwachung oder auch leichte manuelle Arbeiten.

E. 3.15

Im psychiatrischen Verlaufs-Gutachten von Dr. D.____ vom 23. Dezember 2015 (Urk. 6/155) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt.

-

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig leichte bis mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F43.21)

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

Bei der Beschwerdeführerin ergäben sich aktenmässig vor dem Unfall am 12. Dezember 2008 keine Hinweise auf psychische Probleme mit Krankheitswert. Nach dem Unfall sollte es bereits Anfang 2009 zur Entwicklung der depressiven Symptomatik gekommen sein. Im ersten Gutachtenbericht vom 12. Juli 2009 (im Auftrag der Unfallversicherung) sei der Beschwerdeführerin allerdings keine depressive Störung oder depressive Anpassungsstörung diagnostiziert, sondern lediglich eine somatoforme Schmerzstörung mit erheblicher Aggravation postuliert worden und damit könne in diagnostischer Hinsicht bereits 2009 von Widersprüchlichkeiten zwischen den Berichten der behandelnden Ärzte

und der Gutachter ausgegangen werde n. Seit diesem seien bei der Beschwerdeführerin weiterhin zum Teil schwere depressive Episoden und sogar der Verdacht auf psychotische Symptome postuliert worden , wobei die dokumentierte Psychopharmakotherapie vor allem im Widerspruch zu den postulierten psychotischen Symptomen und zum Ausmass der depressiven Symptome stehe . Während der MEDAS-Untersuchung im Januar 2012

habe sie aktenmässig mittelgradige depressive Episoden mit somatischen Symptomen sowie ausgeprägten Somatisierungstendenzen

gezeigt und die MEDAS-Beurteilung könne aufgrund der beschriebenen Befunde und dokumentierten Psychopharmakotherapie (mitteldosierte antidepressive Behandlung und schlaffördernde Medikation mit Stilnox abends) als absolut plausibel angenommen werden. Damit könne bei der Explorandin im Januar 2012 von einer mittelgradigen und nicht schweren depressiven Symptomatik und keinen psychotischen Symptomen ausgegangen werden. Seit der Begutachtung im Januar 2012 seien aktenmässig weiterhin eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer depressiver Symptomatik und mit sowie ohne psychotische Symptome postuliert worden . Im Rahmen der aktuellen Verlaufs-Begutachtung sei die Beschwerdeführerin psychiatrisch und testpsychologisch untersucht worden . Sie habe in psychopathologischer Hinsicht leichte bis mittelschwere depressive Symptome aufgewiesen . Es sei gleichzeitig festzuhalten, dass die erhobenen anamnestischen Angaben bezüglich des Aktivitätsniveaus der Beschwerdeführerin inkonsistent und inhaltlich widersprüchlich seien. Einerseits habe sich die Beschwerdeführerin fast unbeholfen ausgedrückt , so sei sie nicht einmal in der Lage , den eigenen Haushalt zu besorgen und habe über psychotische Symptome berichtet. Andererseits arbeite sie seit Jahren stundenweise mit dem Ehemann zusammen und sei in der Lage, das Auto zu fahren, was im totalen Widerspruch zu der postulierten schweren depressiven Symptomatik im neusten Bericht von Dr. M.____

und zu den überhaupt angegebenen psychotischen Symptomen stehe . Bei der Beschwerdeführerin

könne objektiv von leichten Einschränkungen der psychokognitiven Funktionen ausgegangen werden (eingeschränkte Konzentrationsausdauer, leicht eingeschränkte geistige Flexibilität, leichte Antriebsstörung und leicht verlangsamte Psychomotorik), weshalb ihr aus rein psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeit auf dem freien Wirtschaftsamt eine höchstens 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne . Seit der A.____ -Begutachtung im Januar 2012 könne von einem unveränderten Befund und einer unveränderten 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Während der stationären Behandlungen habe allerdings eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ob eine weitere Verbesserung möglich sei, lasse sich derzeit nicht beurteilen. Bei der Beschwerdeführerin ergäben sich keine Hinweise auf schwerwiegende bewusste/unbewusste emotionale Konflikte oder eine schwerwiegend belastende psychosoziale Situation, womit ihr keine Störung aus dem somatoformen Formenkreis inklusive einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert werden könne.

E. 3.16

Dr. E.____ nahm am 2. Mai 2016 Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ und kritisierte darin, dass keine zureichende tiefenpsychologische Anamnese durchgeführt worden sei und eine empathische Arbeitsweise gefehlt habe. Ausserdem seien lediglich frühere Berichte rezipiert worden statt inhaltlich-substanziell eine Beurteilung

vorzunehmen. Auch seien mögliche Traumafolgen

sowie die Foerster-Kriterien nicht beachtet worden. Im Rahmen der eigenen psychiatrisch-psychoanalytischen Untersuchung kam Dr. E. ___ zu folgenden Diagnosen:

-

Schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3, tendenziell eher rezidivierend im Sinne von ICD-10: F33.3)

-

Soziale Phobie (ICD-10: F40.1)

-

Anhaltende chronifizierte somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

Im vertieft explorierten Interview habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie sich «um alle» Sorgen mache. Insbesondere mache sie sich Sorgen um ihre Familie und habe Schuldgefühle, weil sie der Familie nichts mehr nütze. Über ihre Gesundheit und um die Zukunft drehten sich die Gedanken im Kreis. Andere Inhalte interessieren sie gar nicht mehr. Schon lange sei ihr Denken blockiert. Nichts mache ihr mehr Freude, Selbstvertrauen habe sie nicht mehr. Sie gebe sich die Schuld, dass sie für niemanden mehr etwas leisten könne. Ihr Haushalt wäre sehr vernachlässigt, wenn nicht ihr Mann alles besorgen würde. Auch koche sie nicht mehr. Der Antrieb im Gespräch sei deutlich vermindert; so berichte sie nicht spontan, reagiere mehr oder weniger nur auf Fragen. Sie sei sehr vergesslich. Sie sei anhaltend müde, kraftlos, es sei ihr viel gleichgültig, sie habe keine Freude, sie sei ohne Energie, ziehe sich immer zurück, ihre Gedanken würden immer um dieselben Themen kreisen: Schmerz, Sinnlosigkeit, Schuldgefühle. Sie gehe nirgends hin, habe keine Bekannte oder Freunde, sie sei also ganz isoliert.

Ein niedriges Selbstwertgefühl bei anhaltenden Schuldgefühlen beherrscht die Persönlichkeit. Es sei ein klares Bild einer schweren Depression, denn die depressiven Kriterien nach ICD-10: F32 oder F33 (letzteres auf Grund der vieljährigen Chronifizierung mit Schwankungen) seien erfüllt. Die Suizidalität ergänze dieses Bild. Sie ziehe sich auch vor den Menschen zurück, weil sie Angst habe, auf ihre Gesundheit hin befragt zu werden. Ihr ganzes Explorationssystem sei schwer reduziert. Die Patientin sei von Ängsten beherrscht, was auf phobische Störungen hinweise. Hinzu kämen die halluzinatorischen Störungen, die zeigen, dass die Beschwerdeführerin überhaupt nicht belastbar sei. Auffallend sei die Dissimulation im Hinblick auf die vermutlich nie verarbeiteten schweren Lebensereignisse (früher Tod von Vater und Mutter, Tod der Schwester, Tod eines eigenen Kindes, Kriegsbedrohung, Unfall und Wesensveränderung eines Sohnes). Die strukturelle Dissoziation habe die Traumatisierungen von der

bewussten Wahrnehmung fern gehalten. Es handle sich um ein unbewusstes Verhaltensmodell, das die Beschwerdeführerin offenbar zu einem Charakterbestandteil entwickelt habe, um tragische Ereignisse von der bewussten Wahrnehmung abzuspalten. Damit erschienen schwer erträgliche Erfahrungen als «normal», zum Leben gehörig und würden nicht bewusst reflektiert. Durch den Unfall und die seither anhaltenden Schmerzen funktioniere dieses Abwehrsystem nicht mehr: Die Schmerzen seien unbewusst an die traumatisierenden Erfahrungen gekoppelt und bildeten damit eine Brücke zu diesen. Allerdings blieben die Traumatisierungen weiterhin unbewusst und würden im

Körperschmerz der Unfall folgen gebunden. Leider seien die strukturellen Dissoziationen noch nicht in der ICD-10 verankert, da es sich hier um spezifische psychotherapeutische Erfahrungen mit traumatisierten Menschen handle. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei mittelschwer bis schwer reduziert. Diese Affektarmut sei eine Bestätigung für die strukturelle Dissoziation. Durch diesen Abwehrmechanismus sei die Beschwerdeführerin zwar depressiv, aber auch geschützt gegen schwerste psychische Belastung aufgrund des Zulassens von unerträglichen Lebensereignissen. Darin liege der eigentliche Grund für die affektarme Verhaltensweise der Beschwerdeführerin. Dieser Mechanismus helfe übrigens schon den traumatisierten Kleinkindern zu überleben. Aber leider handelten sie sich dadurch auch die Folgestörungen ein, die auf die wahren aber abgespaltenen psychischen Erlebnisse hinweisen wollten. Damit lasse sich erkennen, dass die «Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung» des Gutachters rudimentär ausgefallen sei und dass sich das Gutachten allgemein mehr als eine Wiederholung des Gutachtens von 2012 lese, ohne eigene Aufarbeitung und ohne eigene originelle Analyse oder Beiträge.

Deshalb sei der Anschauung von Dr. M.____

zu folgen: weder die Einschätzung des A.____ - Gutachtens noch jene von Dr. D.____ entspreche dem Beschwerdebild der Beschwerdeführerin. Deren Behauptung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Pflegefachfrau oder in 80-100%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei in keiner Weise nachvollziehbar. Die Patientin sei

zu 100

% arbeits- und erwerbsunfähig. In einem angepassten Bereich sei sie höchstens 20- 30 % arbeitsfähig.

E. 3.17

Am 11. Oktober 2016 äusserte sich Dr. D.____

zu den von Dr. E.____ an ihn gerichtete Kritikpunkten (Urk. 6/165) und führte aus, dass sich aufgrund der erhobenen (umfassenden) anamnestischen Angaben bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise auf eine genetische Vulnerabilität für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen ergeben hätten. Die Beschwerdeführerin habe ein unauffälliges Verhaltensmuster in der Kindheit und Pubertät sowie sehr gute schulische Leistungen gezeigt und im Erwachsenenalter bis zum Unfall ein unauffälliges Leistungsniveau, was auch im Bericht von Dr. E.____ vom 2. Mai 2016 festgehalten worden sei. Die in diesem Bericht dokumentierten psychoanalytischen beziehungsweise psychodynamischen Überlegungen seien sicherlich in einem therapeutischen Setting als Hypothese sinnvoll, könnten jedoch nicht im Rahmen einer gutachterlichen Situation (bei einem langen Versicherungsverfahren) bestätigt oder widerlegt werden. In Bezug auf die vermeintlichen akustischen Halluzinationen könne festgehalten werden, dass ein Merkmal des psychotischen Erlebens eine Krankheitsuneinsichtigkeit in Bezug auf inhaltliche Denkstörungen sei. Die Beschwerdeführerin habe die akustischen Halluzinationen selber als realitätsfremd empfunden, was ein psychotisches Erleben ausschliesse. Hier stelle sich wiederum die Frage, wie die Fahrtauglichkeit bei einer schweren depressiven Symptomatik erhalten bleiben könne. Er halte damit

an der Beurteilung sowohl der psychischen Störungen der Beschwerdeführerin nach ICD-10 als auch an deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - wie im psychiatrischen

Gutachten vom 23. Mai 2015 er wähnt - fest. 3 .18

Dr. H.____ führte in ihrem Schreiben vom 29. November 2016 (Urk. 6/173) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ für sie nicht schlüssig sei. Im Einklang mit den Krankheitserlebnissen müsse von einer rezidivierenden schweren Depression mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10: F31.5 Typ 2) ausgegangen werden. Dieses schwere depressive Zustandsbild, das mit einer bipolaren Störung einhergehe, habe denn zu den meisten Suizidversuchen geführt. Die Beschwerdeführerin erhalte die Höchstdosierung von Serotonin und sei alleine schon deswegen nur in Kleinstportionen arbeitsfähig. Im realen Leben helfe sie ihrem Ehemann 4-6 Stunden/Woche bei dessen Hausarbeit. Diese entspreche einer Arbeitsfähigkeit von 10-14.28 %, wobei diese bereits als hoch zu betrachten sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig sein sollte. 4.

E. 4

Es sei Herr Dr.

G.____, FMH Allgemeinmedizin, sachverständiger Zeuge einzuvernehmen.

E. 4.1

Aufgrund der medizinischen Aktenlage steht fest - und ist unbestritten

-, dass bei der Beschwerdeführerin ein somatischer Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, ausgewiesen ist. Entsprechend wurde ihr für die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin eine seit dem Unfall am 12. Dezember 2008 bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. A.____ -Gutachten vom 10. April 2012, E. 3.8). Eine körperlich leichte Tätigkeit, ohne Lastenheben und körperliche Zwangshaltungen ist demgegenüber zu 80 % möglich.

E. 4.2

Das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ vom 23. Dezember 2015 (Urk. 6/144 und Urk. 6/155) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und plausible Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem psychiatrischen Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

E. 4.3

Strittig ist das Ausmass der durch das psychische Leiden bewirkten Einschränkung. Dr. D.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin anhand der detailliert dargelegten Befundlage eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er attestierte ihr aus psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten eine höchstens 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Ausserdem führte er aus, dass zum A.____ -Gutachten von 2012 eine

unveränderte Befundlage und somit auch eine unveränderte 80% ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Dr. D.____ explorierte die Beschwerdeführerin an zwei Terminen eingehend und sorgfältig (vgl. Urk. 6/155 S. 1) und nahm auch diverse testpsychologische Abklärungen vor. Entgegen dem replikweisen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk.

E. 4.4.1

Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht anbelangt, ist vorab darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zu den psychischen Leiden mit BGE 143 V 409 und 418 (Urteile vom 30. November 2017) änderte und präziserte. So sind nunmehr grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen – und nicht mehr nur somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden – für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. E. 1.3).

Dr. D.____ führte als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F43.21) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) an und stellte eine 80%ige Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 6/155). Im Folgenden ist zu prüfen, ob dieser Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. D.____ aufgrund der bestehenden normativen Vorgaben auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (vgl. E. 1.3-1.4). Die Darlegungen von Dr. D.____ bilden zusammen mit den weiteren aktenkundigen ärztlichen Feststellungen eine ausreichende Grundlage zur Vornahme einer Indikatorenprüfung .

E. 4.4.2

Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde anbelangt, ist festzuhalten, dass die reaktive Depression im Rahmen einer Anpassungsstörung als nur leicht bis mittelgradig eingestuft wurde, wobei Dr. D.____ zudem leicht eingeschränkte psychokognitive Funktionen erwähnte (Urk. 6/155 S. 18 ff.) . Hinsichtlich Behandlungserfolg oder -resistenz

gelangte er zum Schluss, dass mit der Weiterführung der etablierten therapeutischen Massnahmen von einer Erhaltung der 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 6/155 S. 20) , wobei sich die Beschwerdeführerin bisher in jeder Hinsicht therapiewillig und -bereit gezeigt hatte . Was die Komorbiditäten betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die festgestellten somatischen Beschwerden einer 80%igen Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit nicht entgegenstehen (vgl. E. 4.1).

Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliessen könnte, bestehen nicht. Den sozialen Kontext betreffend, wies der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Familie gut eingebunden sei und von dieser unterstützt werde, jedoch ansonsten isoliert lebe (Urk. 6/155 S. 14f.). Zur Konsistenz wurde ausgeführt, dass die erhobenen anamnестischen Angaben bezüglich des Aktivitätsniveaus inkonsistent und widersprüchlich seien (Autofahren und Hauswart-Arbeiten verrichten gegen über völliger Unbeholfenheit, Urk. 6/155 S. 20).

E. 4.4.3

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Prüfung anhand der massgeblichen Indikatoren zumindest nichts zugunsten der Beschwerdeführerin in dem Sinne ergibt, dass von einer

höheren als der von Dr. D.____ attestierten Arbeitsunfähigkeit von (höchstens) 20 % auszugehen wäre.

E. 4.5

Soweit die Beschwerdeführerin weitere medizinische Abklärungen sowie eine Einvernahme der behandelnden Ärzte und von sich selber als Zeugen verlangt (Urk. 1 S. 2 und Urk. 14 S. 1), ist darauf zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der medizinischen Akten - insbesondere des interdisziplinären A.____ -Gutachtens und des psychiatrischen Verlaufsgutachtens von Dr. D.____ - hinreichend abgeklärt sind.

E. 4.6

Gestützt auf die überzeugenden Feststellungen im interdisziplinären A.____ -Gutachten vom 10. April 2012 (Urk. 6/62) und im psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. D.____ vom 23. Dezember 2015 (Urk. 6/155) steht somit fest, dass der Beschwerdeführerin sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar ist.

Damit konnte die Beschwerdeführerin ihren Anspruch auf eine Invalidenrente nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Regelbeweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen, obwohl der relevante medizinische Sachverhalt von der Verwaltung unter Einhaltung des Untersuchungsgrundsatzes umfassend abgeklärt wurde (vgl. hierzu E. 1.8-9).

Die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin wurde von der Beschwerdeführerin nicht gerügt und gibt angesichts des klar rentenausschliessenden Invaliditätsgrades von 22 % zu keiner näheren Prüfung von Amtes wegen Anlass.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 4.7

Zur von der Beschwerdeführerin im Einwandverfahren vorgebrachten Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Nicht-Zulassung von Zusatzfragen an die beauftragte Gutachterstelle A.____ (Urk. 6/58, Urk. 6/64-65 und Urk. 6/75) ist auf die ausführliche und nachvollziehbare Begründung in der angefochtenen Verfügung zu verweisen. Eine nun beschwerdeweise vorgebrachte allgemein gehaltene Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 25) ist nicht zu hören. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Philip Stolkin -
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 Bundesge-
setzes 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, zuzu-
stellen.

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

E. 5

Es sei Frau Dr.

H.____, FMH für Psychiatrie, als sachverständige Zeugin
einzuvernehmen.

E. 6

Es sei Herr Dr. D.____ zur Befragung vorzuladen.

Eventualiter:

E. 7

Es sei ein polydisziplinäres Gutachten bei einer anerkannten Fachperson
der Neurologie, der Rheumatologie und der Psychiatrie anzuordnen.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Gegenseite.»

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2017 auf
Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6/1-196), was der
Beschwerdeführerin am 30. Oktober 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Mit Schreiben vom 10.
November 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten
Anträgen fest und beantragte zusätzlich, dass sie zur Beweisaussage zuzulassen sei (Urk. 8).
Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin am 17. November 2017 zur Kenntnisnahme
zugestellt (Urk. 9). Am 13. Juni 2019 wurde - dem Antrag der Beschwerdeführerin
entsprechend - eine mündliche Verhandlung durchgeführt, wobei die Beschwerdegegnerin
auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtete (Urk. 12). Die Beschwerdeführerin
hielt an sämtlichen Anträgen fest und beantragte

ergänzend, es sei durch das Gericht eine psychiatrische Oberbegutachtung bei Prof. med.
I.____ im J.____-Begegnungszentrum zu veranlassen und es sei der Ehemann der
Beschwerdeführerin X.____ als Zeuge einzuvernehmen (Urk. 14 und Prot. S. 3); von Letz-
terem wurde Beschluss halber abgesehen (vgl. Prot. S. 5). 3.

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

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. 11

Im Bericht des Ambulatoriums

N.____ vom 2. April 2013 (Urk. 6/90) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischem Symptom (ICD-10: F33.3, Episode bestehend seit April 2012, rezidivierende depressive Störung bestehend seit 2009) diagnostiziert, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1). Die Beschwerdeführerin sei als Pflegehelferin seit dem 10. April 2012 (ambulanter Behandlungsbeginn) bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose müsse als ungünstig eingeschätzt werden, da die depressive Symptomatik trotz intensiver Bemühungen im vergangenen Jahr kaum habe beeinflusst werden können und da gemäss eigen- und fremdanamnesticen Angaben seit 2008 keine wesentliche Besserung der Symptomatik habe beobachtet werden können.

E. 13

und vom 27. Mai bis 12. Juli 2013. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder unter Schmerzen und Schwindelattacken gelitten, welche die Arbeit verunmöglichten. Ebenso habe ein Antriebsmangel gekoppelt mit bedrückter Stimmung, Freud- und Hoffnungslosigkeit bestanden. In der Arbeitstherapie sei die Belastungsgrenze nach 2 Stunden erreicht gewesen, sodass die Beschwerdeführerin keine ausreichende Arbeitsleistung für eine Vollbeschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt erzielen könne. Zum Zeitpunkt des Austritts sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar gewesen. Ob in einem längeren zeitlichen Rahmen eine Teilarbeitsfähigkeit möglich sein könnte, könne momentan nicht abschliessend beurteilt werden. Seit Beginn der Schmerzsymptomatik und der depressiven Symptome im Jahr 2008 habe bei der Beschwerdeführerin trotz adäquater Therapie keine vollständige Besserung erzielt werden können. Es sei derzeit nicht von einer Stabilisierung des teilremittierten Zustandsbildes auszugehen.

E. 14

S. 2 f.) erfolgte die von Dr. D.____ durchgeführte Befundaufnahme umfassend und es wurde in der Anamnese auch der

frühe Tod beider Eltern korrekt festgehalten (Urk. 6/155 S. 13).

Seine von den behandelnden Ärzten abweichende Einschätzung begründete Dr. D.____ plausibel. So zeigte er auf, dass die dokumentierte Psychopharmakotherapie im Widerspruch zu den postulierten psychotischen Symptomen und dem Ausmass der depressiven Symptome stehe. Ausserdem hätte n sich bereits 2009 Widersprüchlichkeiten

zwischen den Berichten der behandelnden Ärzte und der Gutachter ergeben, als bereits damals lediglich eine somatoforme Schmerzstörung mit erheblicher Aggravation postuliert worden sei. Von vornherein nicht weiter hilft der Beschwerdeführerin die Anzahl Berichte behandelnder Ärzte, die alle eine höhere gesundheitliche Einschränkung postulieren, lassen sich die unter verschiedenen Einschätzungen zwanglos mit dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag erklären, zumal im Zeitverlauf alle drei Gutachter (Dr. K.____ , A.____ , Dr. D.____) für körperlich angepasste Tätigkeiten keine beziehungsweise eine Einschränkung von lediglich 20 % festhielten.

Was die Stellungnahme von Dr. E.____ anbelangt, ist mit Hinweis auf die zutreffenden Bemerkungen von Dr. D.____ festzuhalten, dass im Rahmen einer Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen im Hinblick auf die Zusprache sozialversicherungsrechtlicher Leistungen die versicherte Person beweislaster ist, weshalb hier psychodynamische Annahmen und Hypothesen – die in einem therapeutischen Setting sinnvoll sein mögen – aussen vor zu bleiben haben.

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