

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00991 vom 31. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00991

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00991 du 31 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00991 del 31 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allg. Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität 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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss 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 eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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

Gegen die Verfügung vom 20. Juli 2017 liess die Versicherte, vertreten von lic. iur. F. ____ von Inclusion Handicap, mit Eingabe vom 14. September 2017 (Urk. 1) Beschwerde erheben. Sie beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien die mit Urteil IV.2014.00007 vom 28. April 2015 verlangten Abklärungen vorzunehmen, eventualiter sei ihr für den fraglichen Zeitraum eine ganze Rente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2). Ferner beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 11. Oktober 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Davon wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 23. Oktober 2017 Kenntnis gegeben, mit welcher ihr die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet wurde (Urk. 11). Die Replik wurde am 20. November 2017

erstattet (Urk. 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 14), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Dezember 2017 zur Kenntnis gegeben wurde (Urk. 15).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Vorab ist festzuhalten, dass die Abweisung des Rentenbegehrens der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis zum 19. November 2013 mit dem Urteil IV.2014.00007 vom 28. April 2015 bestätigt wurde (vgl. Urk. 7/106/14 und 7/106/17), welches unangefochten geblieben und dementsprechend rechtskräftig ist.

E. 2.2

Gemäss dem erwähnten Urteil war indessen noch strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2009 bis Ende Juni 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente hat; zur Beantwortung dieser Frage sind die medizinischen Verhältnisse zwischen dem 1. Juli 2008 und dem 1. März 2012 massgebend (vgl. Urk. 7/106/14 E. 5.1).

Zu denselben hatten sich unter anderem die Berichte des C.____ vom 17. März 2009 (Urk. 7/9/11-16) und vom 13. April 2010 geäussert (Urk. 7/31), wo die Versicherte seit dem 30. Juni 2006 ambulant behandelt worden war (Urk. 7/9/12). In denselben wurde festgehalten, aufgrund der depressiven Grunderkrankung sei es immer wieder zu längeren Arbeitsausfällen gekommen. Vom 28. Februar bis zum 11. Juli 2008 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, anschliessend eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 7/9/11 und 7/9/13). Zwischen dem 17. März und dem 2. Dezember 2009 habe die Versicherte ein fluktuierendes depressives Zustandsbild aufgewiesen (Urk. 7/31/8); sie sei bis Ende August 2009 zu 50 % und vom 1. September bis zum 30. November 2009 zur 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 7/31/8). Seit dem 1. Dezember 2009 sei sie wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/31/8-9).

Dazu zog das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil IV.2014.00007 vom 28. April 2015 in Betracht, die von den damaligen Behandlern gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung erscheine aufgrund der Aktenlage als nachvollziehbar, auch der Gutachter Dr. Y.____ habe sie bestätigt. Die betreffende Diagnose allein vermöge indessen keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Da es in Anbetracht der vom 1. September bis zum 30. November 2009 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit und der erwähnten wechselhaften Symptomatik nicht auszuschliessen sei, dass die Beschwerdeführerin während einer gewissen Zeit an einer depressiven Störung von invaliditätsrelevantem Ausmass gelitten habe, wäre dies mit einer entsprechenden Nachfrage zu klären gewesen. Soweit die attestierte Arbeitsunfähigkeit auf die ebenfalls zur Diskussion stehende posttraumatische Belastungsstörung beziehungsweise andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zurückzuführen sei, gelte es zu beachten, dass diese nach den selben rechtlichen Kriterien zu beurteilen seien, die für eine somatoforme Schmerzstörung und ähnliche Leiden gälten. Da die Berichte des C.____ die für eine Prüfung erforderlichen Angaben nicht enthielten, seien sie ergänzungsbedürftig. Beiden sei darüber hinaus auch nicht ansatzweise zu entnehmen, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin einer leidensangepassten Tätigkeit nachgehen könnte. Die fehlenden Informationen hätten eingeholt werden müssen (Urk. 7/106/15 E. 5.3).

Des Weiteren hatte Dr. Z.____ in einem Bericht vom 23. Dezember 2011 (Urk. 7/58/1-2) festgehalten, er habe die Versicherte vom 11. Januar 2010 bis zum 17. Februar 2011 behandelt. Die psychotherapeutische Behandlung sei an lic. phil. G.____ delegiert gewesen (Urk. 7/58/1). Während der Behandlung hätten eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) vorgelegen (Urk. 7/58/1). Er gehe davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der andauernden Persönlichkeitsänderung seit 2006 kontinuierlich nur 50 % betragen habe. Dies sei auch der Grad der Arbeitsfähigkeit in der Zeit vom 11. Januar 2010 bis zum 17. Februar 2011 gewesen (Urk. 7/58/2).

Hierzu stellte das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil IV.2014.00007 vom 28. April 2015 fest, mit der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung allein lasse sich ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden weder bejahen noch verneinen. Es wäre daher angezeigt gewesen, Dr. Z.____ um ergänzende Angaben zu ersuchen (Urk. 7/106/15-16 E. 5.4).

Schliesslich ging aus dem Bericht von Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Dezember 2011 (Urk. 7/55) hervor, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 14. Februar 2011 ambulant behandelte. Unter anderem stellte sie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt, mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11) und vermerkte eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik. Erschwerend seien körperliche Begleitsymptome wie Muskelverspannungen, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden hinzu gekommen. Die Aufnahme einer behinderungsangepassten Tätigkeit in einem Ausmass von 20 % sei möglich. Seit Beginn der Behandlung sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsunfähig.

Diesbezüglich beanstandete das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil IV.2014.00007 vom 28. April 2015, es fehlten Angaben zum Verlauf zwischen dem 14. Februar und dem 8. Dezember 2011. Da nicht ausgeschlossen werden könne, dass die depressive Symptomatik während einer gewissen Zeit ein invaliditätsrelevantes Ausmass erreicht habe, hätte es sich aufgedrängt, von Dr. E.____ eine ergänzende Stellungnahme einzufordern. Allenfalls hätte sich auch klären lassen, inwieweit körperliche Begleitsymptome wie Muskelverspannungen, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden in die fragliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung miteingeflossen seien (Urk. 7/106/16 E. 5.5).

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass sich mit der vorhandenen Aktenlage ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden für den noch zur Diskussion stehenden Zeitraum weder bejahen noch verneinen lasse. Es seien daher die aufgezeigten weiteren Abklärungen vorzunehmen (Urk. 7/106/16 E. 5.6).

E. 2.3

Zwischen den Parteien besteht Uneinigkeit darüber, ob die Beschwerdegegnerin die mit Urteil IV.2014.00007 des Sozialversicherungsgerichts vom 28. April 2015 geforderten Abklärungen vorgenommen und das Leistungsbegehren für den Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis Ende Juni 2012 zu Recht abgewiesen hat (vgl. Urk. 1, 2, 6 und 13).

E. 3.1

Die medizinische Aktenlage bis zum 6. Februar 2015 wurde im sozialversicherungsgerichtlichen Urteil IV.2014.00007 vom 28. April 2015 dargestellt (vgl. Urk. 7/106/7-11), worauf vorab zu verweisen ist.

E. 3.2

Dr. B. ___ vom C. ___ hielt in ihrem Bericht vom 21. April 2016 fest, sie behandle die Versicherte seit Oktober 2015. Sie habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert. Deswegen sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingeschränkt; da die Arbeitsfähigkeit unter anderem massgeblich vom Setting abhängt, könne sie nicht per se beurteilt werden, sondern sollte individuell und im Rahmen einer Belastungserprobung evaluiert werden (Urk. 7/119/1).

E. 3.3

In ihrer Stellungnahme vom 18. Oktober 2016 zur Rückfrage der IV-Stelle vom 12. Oktober 2016 führte Dr. B. ___ aus, sie könne zum Gesundheitszustand der Versicherten von September bis November 2009 keine detaillierten Angaben machen, da sie diese im fraglichen Zeitraum nicht behandelt habe. Aus den Akten könne entnommen werden, dass damals ein deutlich depressives Zustandsbild mit Erschöpfung, Müdigkeit und Traurigkeit vorgelegen habe. Bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit werde ein Belastungstraining im geschützten Rahmen empfohlen. Bei der Auswahl des Arbeitsplatzes sei darauf zu achten, dass dieser nach Möglichkeit nicht zu eng und mit wenig Männerkontakt verbunden sei, da ansonsten die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung verstärkt würden (Urk. 7/124).

E. 3.4

Dr. Z. ___ vertrat am 15. November 2016 die Auffassung, er könne die Anfrage zum Gesundheitszustand und zu den Befunden betreffend den angeführten Zeitraum von 2010 bis 2011 ohne einen entsprechenden, spezifizierten Fragenkatalog nicht beantworten (Urk. 7/127).

E. 3.5

Am 20. Dezember 2016 bestätigte Dr. E. ___ schriftlich, die Versicherte habe während der bei ihr durchgeführten ambulanten Behandlung unter massiven somatischen Beschwerden (Magen-Darm-Beschwerden, Migräne und Unterleibsschmerzen) gelitten. Sie habe die Therapie im November 2014 abgeschlossen (Urk. 7/129).

E. 4.1

Mit den heute vorhandenen medizinischen Unterlagen, insbesondere den Antworten auf die von der Beschwerdegegnerin getätigten Rückfragen, lässt sich nach wie vor nicht beurteilen, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 1. Juli 2009 bis Ende Juni 2012 über einen Leistungsanspruch verfügt. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass sich aus den Akten zahlreiche Hinweise auf psychosoziale Belastungen ergeben (vgl. Urk. 2 S. 2 und 7/112). Es ist daher zu untersuchen, ob die Beschwerdegegnerin die vom Sozialversicherungsgericht geforderten Abklärungen korrekt vorgenommen hat.

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin forderte vom C. ___ detaillierte Angaben zum Gesundheitszustand/Befunde in der Zeit vom 1. September bis zum 30. November

2009. Überdies benötige sie die Angaben zu einer leidensan gepassten Tätigkeit (Urk. 7/121).

Zu Recht beanstandete die Beschwerdeführerin, dass die Fragestellung auf einen kurzen Zeitraum beschränkt war (Urk. 1 S. 5 und 7/135/1). Wie das Sozialversicherungsgericht bereits in seinem letzten Urteil festgehalten hat, kommt es darauf an, wie sich die medizinischen Verhältnisse ab dem 1. Juli 2008 bis zum 1. März 2012 präsentierten. Zum erstgenannten Zeitpunkt befand sich die Beschwerdeführerin bereits in der ambulanten Behandlung des C.____, welche am 30. Juni 2006 begonnen hatte. Die Abklärungen haben sich daher über den gesamten hier interessierenden Zeitraum ab dem 1. Juli 2008 zu erstrecken. Dabei ist wesentlich, welche objektiven Befunde im Verlauf der Behandlung erhoben wurden und welche Arbeitsfähigkeit jeweils auch für eine angepasste Tätigkeit bestand. Ebenso sind weitere Angaben der damaligen Behandler erhältlich zu machen, welche eine Beurteilung der invali denversicherungsrechtlichen Relevanz der damals diagnostizierten posttrauma tischen Belastungsstörung und andauernden Persönlichkeitsänderung nach Ext rembelastung erlauben. Aufgrund der inzwischen geänderten bundesgericht lichen Rechtsprechung sind dafür nicht mehr die sogenannten Foerster-Kriterien, sondern die in BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 angeführten Indika toren zu prüfen. Ob die Beschwerdegegnerin einen ausführlichen Fragenkatalog formuliert oder das sozialversicherungs gerichtliche Urteil oder Auszüge davon beilegt, wie es von Seiten der Beschwerdeführerin gefordert wurde (Urk. 1 S. 6 und 7/135/2), spielt keine Rolle, solange die Beantwortung der sich stellenden Fragen – allenfalls nach weiteren Rückfragen – inhaltlich gewährleistet ist. Demgegenüber ist der Beschwerdeführerin dahingehend beizupflichten, dass es nicht angeht, dass das C.____ keine (detaillierte) Aus kunft über sie erteilte, weil sie inzwischen bei einer anderen Ärztin im selben C.____ in Behandlung ist (Urk. 1 S. 5 und 7/135/2). Die Beschwerdegegnerin hätte daher – zu Gunsten der beweisbelasteten Beschwer deführerin – zumindest mit einem weiteren Schreiben auf der Beantwortung der gestellten Fragen bestehen müssen. Es wäre der Beschwerdegegnerin auch frei gestanden, das Patientendossier betreffend die damalige Behandlung (vgl. § 13 des Gesundheitsgesetzes; GesG) beizuziehen. Dieses sollte Auskunft über die einzelnen Untersuchungen, Diagnosen, Therapien etc. geben (vgl. § 13 Abs. 1 GesG).

E. 4.3

Von Dr. Z.____ forderte die Beschwerdegegnerin Angaben zum Gesundheitszu stand/Befund in der Zeit vom 11. Januar 2010 bis zum 17. Februar 2011 und detaillierte Angaben zum Gesundheitsschaden (Urk. 7/122). Entgegen der von Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 7 und 7/135/2-3) war die Beschwerdegegnerin nicht dazu verpflichtet, Dr. Z.____ einen spezifi zierten Fragenkatalog zukommen zu lassen. Sie hatte aber zumindest mit einem weiteren Schreiben an Dr. Z.____ für die Beantwortung der sich stellenden Fra gen zu sorgen. Dabei hätte auch die Möglichkeit bestanden, bei Dr. Z.____ die im Zusammenhang mit der Behandlung von ihm erstellte Patientendokumenta tion anzufordern.

E. 4.4

Die Beschwerdegegnerin bat Dr. E.____ um Angaben zum Gesundheitszu stand in der Zeit vom 14. Februar bis zum 8. Dezember 2011. Überdies wies die Beschwerdegegnerin Dr. E.____ darauf hin, sie habe am 8. Dezember 2011 eine mittelgradige depressive Episode

diagnostiziert. Das Gericht wolle geklärt haben, inwieweit körperliche Begleitsymptome wie Muskelverspannung, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteingeflossen seien (Urk. 7/123).

Der Beschwerdeführerin ist zuzustimmen, dass sich die Fragen auf einen zu kurzen Zeitraum beschränkten (Urk. 1 S. 7 und 7/135/2). Sie hätten mindestens den Verlauf bis März 2012 abdecken müssen. Demgegenüber war die Beschwerdegegnerin nicht dazu verpflichtet, Dr. E. ___ auf massgebende Erwägungen des sozialversicherungsgerichtlichen Urteils hinzuweisen (Urk. 1 S. 8 und 7/135/3).

Es trifft zu, dass Dr. E. ___ die gestellten Fragen gar nicht beantwortete (Urk. 1 S. 7 und 7/135/2). Dies ist jedoch nicht der Beschwerdegegnerin anzu lasten. Der beweisbelasteten Beschwerdeführerin stand es frei, selbst ergänzende ärztliche Auskünfte oder die von Dr. E. ___ erstellte Patientendokumentation einzureichen.

E. 4.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die vom Sozialversicherungsgericht geforderten Abklärungen unzureichend getätigt wurden. Dieser Mangel wird durch die Beschwerdegegnerin zu beheben sein. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. Die Beschwerdegegnerin ist darauf aufmerksam zu machen, dass eine Patientendokumentation (lediglich) während zehn Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung aufzubewahren ist (§ 13 Abs. 3 GesG). Sie wird daher die erforderlichen Auskünfte möglichst umgehend und speditiv einzuholen haben.

E. 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 500.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Ebenso hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses

und dem Mass des Ob siegens be mes sen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessent schädigung von Fr. 1'000.-- als ange messen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2017 aufgehoben, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2009 bis Ende Juni 2012 neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent schädigung von Fr. 1'000.-- zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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