

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00340 vom 19. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00340](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00340)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00340 du 19 décembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00340 del 19 dicembre 2019

## Erwägungen

### E. 1

). Am 9. Juni 2009 meldete sich die Versicherte, unter Hinweis auf HWS Dezelerationstrauma, erstmals bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Im Zuge ihrer medizinisch-erwerblichen Abklärungen zog die IV-Stelle insbesondere die Akten der Unfallversicherung (Urk. 7/9), einen Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2009 (Urk. 7/10/6-11), einen Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 22. Juni 2009 (Urk. 7/10/1-5), einen Auszug aus dem individuellen Konto der Versicherten (Urk. 7/14) sowie einen Arbeitgeberbericht bei (Urk. 7/16). Am 10. Dezember 2009 erstattete das B.\_\_\_\_

zuhanden der Unfallversicherung ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und Neuropsychologie (Urk. 7/19/47-108). Am 12. Juli 2010 wurde bei der Versicherten sodann eine Haushaltsabklärung vorgenommen (Urk. 7/24). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 30. September 2010, Urk. 7/26-27; telefonischer Einwand vom 26. Oktober 2010, Urk. 7/28; Rückzug Einwand vom 29. November 2010, Urk. 7/30-31), wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten bei einem IV-Grad von 12.29% mit Verfügung vom 30. November 2010 ab (Urk. 7/32).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung,

IVG).

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

### E. 1.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs.

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 1.4**

.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbskommen 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.

### **E. 1.5**

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. 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). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

1. 6

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. 1.7.1**

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.).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

### **E. 1.7.2**

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen

bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

## **E. 2**

IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin

führte in ihrer abweisenden Verfügung im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Dezember 2015 aufgrund einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gesundheitlich eingeschränkt, ab diesem Tag habe das gesetzlich vorgegebene Wartejahr begonnen. Da die Beschwerdeführerin bis zum Ablauf des Wartjahres am 30. November 2016 (nur) zu 30 % arbeitsunfähig gewesen sei, sei das Wartejahr als Voraussetzung für eine Invalidenrente nicht erfüllt (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dahingegen stellte sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde zusammengefasst auf den Standpunkt, die Beurteilungen von Dr. H. \_\_\_ und des RAD würden auf fehlerhaften Annahmen beruhen, weshalb diese Einschätzungen keine abschliessende Beurteilung der Leistungsansprüche erlaubten. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweise sich in diesem Sinne als weiter abklärungsbedürftig, weshalb die Sache zur erneuten medizinischen Abklärung und Neuurteilung der Leistungsansprüche an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (Urk. 1 S. 6-8). 3.

## **E. 3**

IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b ).

### **E. 3.1**

Vorliegend gilt es zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin im Vergleich zur rentenabweisenden Verfügung vom 30. November 2010 (Urk. 7/32 ) in einer anspruchrelevanten Weise geändert hat (vgl. E. 1. 3 ).

### **E. 3.2**

Der Verfügung vom 30. November 2010 lag im Wesentlichen folgender Sachverhalt zugrunde:

In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das

zuhanden der Unfallversicherung erstattete polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2009 (Urk. 7/19/47-108 ; vgl. Urk. 7/25/4-5 ). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 7/19/81): - Status nach Autounfall (Seitkollision) am 13. Mai 2008 mit - HWS-Abknickverletzung - chronischem cervicocephalem Schmerzsyndrom - ohne ossäre Verletzungen - ohne neurologische Ausfälle - ohne Schädel-Hirn-Trauma - mit psychopathologischer Folgesymptomatik im Sinne einer - dissoziativen Störung, gemischt (= Konversionsstörung ; F 44.7) - Differentialdiagnose: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45. 4 ) - leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (F 32.0/1) Daneben wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/19/81): - Chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen - Histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge

Gesamtmedizinisch betrachtet ergebe sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzig aus dem psychiatrischen Leiden

(Urk. 7/19/81).

Der psychiatrische Gutachter erhob dabei folgenden Psychostatus: Objektiv sei die Beschwerdeführerin in ihrer Affektivität während des ganzen Interviews bedrückt gewesen, sie könne die Affektivität nur selten etwas in positiver Richtung modulieren. Zwischendurch weine sie wieder, sei froh und dankbar, dass sie ihre Probleme darstellen könne, berichte, dass sie sich häufig nicht verstanden fühle, da sie immer wieder ermutigt werde, alles zu vergessen, was gewesen sei, und dies doch nicht möglich sei. Bezüglich ihrer Beschwerden sei sie besorgt und ängstlich, wobei die Angst vor einem Sturz oder einer ernsthaften Verletzung im Bewusstsein zuvorderst stünden. Die Schilderung der Schmerzen erfolge sehr klagsam, auch appellativ und etwas demonstrativ, wobei die Beschwerdeführerin aber während des ganzen Gesprächs ruhig auf ihrem Sessel sitzen bleibe und keine Zeichen einer körperlich erheblich leidenden Person zeige. Bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit würden seitens der Beschwerdeführerin keine Einschränkungen geklagt. Ihr Gedächtnis sei zum Glück noch gut, auch die Altgedächtnisfunktion, ihre Konzentrationsfähigkeit und die Orientierungsfähigkeit seien nicht beeinträchtigt. Diese Aussage decke sich mit dem objektiven Befund. Die Beschwerdeführerin sei örtlich, zeitlich und autopsychisch voll orientiert, sie sei bei klarem Bewusstsein, die Auffassung sei jederzeit gegeben und es fänden sich im klinisch psychiatrischen Status keinerlei Hinweise, ebenso wenig in der Anamnese, für eine organisch bedingte Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder eine organisch bedingte Wesensveränderung. Die formalen Gedankengänge seien in sich kohärent und logisch und ohne Hinweise auf eine Psychose oder eine Konfabulation. Sie seien etwas in Folge der depressiven Symptomatik verlangsamt, dies in leichtem Ausmass. Die

inhaltlichen Denkprozesse seien bis auf eine leichte Hypochondrie im Sinne, dass die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes befürchte, ebenfalls unauffällig, insbesondere bestünden keine Ich- oder Wahrnehmungsstörungen (Urk. 7/19/74-75). Was die somatische Seite des Leidens betreffe, sei die Beschwerdeführerin, seit einem Jahr nach dem Unfall, uneingeschränkt arbeitsfähig. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe ausschliesslich aus psychosomatischen und psychischen Gründen (Urk. 7/19/87). Die psychische Störung stehe im Verhältnis zum gesamten Beschwerdebild eindeutig im Vordergrund (Urk. 7/19/99). Der depressive Symptomatik werde ein gewisser Krankheitswert zugemessen, der mit 30 %, bezogen auf ein vollschichtiges Pensum, ohne zusätzliche zeitliche und leistungsmässige Einbusse, beurteilt werde. Die depressive Symptomatik müsse, auch beim Vorliegen einer sthenischen Seite doch als leicht- bis mittelgradig eingestuft werden und ziehe ein relevantes Leiden der Beschwerdeführerin nach sich. Damit werde die wöchentlich zumutbare Arbeitszeit mit 30 Stunden beziehungsweise sechs Stunden täglich mit vollem Rendement beurteilt. Da keine spezifischen Einschränkungen genannt werden könnten, würden für alle möglichen Verweiskategorien die gleichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit gelten (Urk. 7/19/101). Die Prognose müsse als offen bezeichnet werden, da die psychosomatischen Entwicklungen erfahrungsgemäss eine Tendenz zur Chronifizierung hätten (Urk. 7/19/105).

### **E. 3.3**

Unter den Parteien ist unbestritten, dass der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht keine wesentliche Verschlechterung erfahren hat. Zu diesem Schluss führt auch eine Gegenüberstellung der in den Vergleichszeitpunkten relevanten medizinischen Unterlagen im somatischen Bereich:

Im Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2009 wurden keine somatischen Leiden festgestellt, welche die Beschwerdeführerin gesamtmedizinisch in ihrer Leistungsfähigkeit einschränkten. Es wurde ein unauffälliger orthopädischer Befund erhoben. Auch alle bildgebenden Untersuchungen (Röntgen HWS, CT HWS, MRI HWS) ergaben unauffällige Befunde (vgl. Urk. 7/19/61-62). Die Gutachter diagnostizierten ein chronisches

cervicocephales Schmerzsyndrom ohne ossäre Verletzungen. Die Arbeitsfähigkeit sei – in somatischer Hinsicht – seit einem Jahr nach dem Unfall nicht mehr eingeschränkt gewesen (E. 3.2). Im polydisziplinären Gutachten der Medas vom 10. Mai 2017 wurde aus rheumatologischer Sicht ein mildes zervikospyndrom (ICD-10 M 50.2) diagnostiziert. Dabei wurden keine Hinweise auf eine radikuläre Reizung festgestellt. Die Magnetomographie aus dem Jahre 2016 habe keine Hinweise auf eine klinisch relevante Diskusherniation

ergeben. Es wurden wiederum

unauffällige somatische Befunde erhoben (vgl. Urk. 7/81/51-52). Die Arbeitsfähigkeit wurde somatisch als nicht eingeschränkt erachtet, wobei Überkopfarbeiten nicht repetitiv durchgeführt werden sollten und eine monotone Arbeitshaltung in Kopfvorneigstellung zu vermeiden sei. An der Halswirbelsäule würde nur eine leichte in der Endphase schmerzhaft eingeschränkte Rotation sowie eine Seitneigung nach links bestehen. Auf somatischem Gebiet würden sich keine Beeinträchtigungen im Hinblick auf eine Arbeitsfähigkeit bei Status nach Autoauffahrunfall 2008 finden (Urk. 7/81/18-21).

### **E. 3.4**

Strittig ist hingegen, ob sich der psychische Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat.

### **E. 3.4.1**

Dr. D.\_\_\_\_

stellte in ihrem Bericht vom 20. Mai 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/49/2): - Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F 33.1) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F 40.01) - Dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) - Status nach Autounfall im Mai 2008 mit HWS Distorsionstrauma und cervicocephalem Symptomenkomplex

Die Diagnosen würden seit 2008, nach dem erlittenen Autounfall, bestehen (Urk. 7/49/2). Die Beschwerdeführerin habe vom 8. Februar bis am 29. März 2016 – dreimal pro Woche – an einer teilstationären Behandlung mit Ergotherapie, Psychoedukation und integriertem psychologischen Therapieprogramm

in der Tagesklinik der J.\_\_\_\_

teilgenommen. Bezüglich den Angstzuständen habe sich in den acht Wochen tagesklinische Behandlung wenig verändert, zudem sei die Beschwerdeführerin weiterhin stark auf die körperlichen Beschwerden fixiert gewesen. Dennoch sei es ihr gelungen, an dem Programm teilzunehmen. Vor allem die Ergotherapie diene der Ablenkung der Beschwerden, weshalb die Beschwerdeführerin aktuell auch eine ambulante Ergotherapie besuche, zu dem auch eine ambulante Physiotherapie (Urk. 7/49/4).

Bei der Beschwerdeführerin sei von einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit auszugehen. Limitierende Faktoren seien hierbei die verminderte Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer, die verminderte physische und psychische Belastbarkeit, die erhöhte Ermüdbarkeit und Stressempfindlichkeit, die Dissoziation, sowie die Schmerzen. Die verminderte Belastbarkeit zeige sich nicht nur in Stresssituationen am Arbeitsplatz, sondern auch bei kontinuierlichen Arbeitsanforderungen in Form von affektiver Unruhe, zunehmender Ermüdbarkeit, Dissoziationserleben, Schwindel und verminderter Konzentration und nicht zuletzt auch am Auftreten suizidaler Gedanken. Die Beschwerdeführerin sei körperlich rasch erschöpft, komme psychisch schnell an die Grenze der Belastbarkeit, es passierten Fehler, sie sei vergesslich und habe kaum Kraft. Für eingeübte Handlungsabläufe, wie beispielsweise bei der Haushaltsführung, brauche sie insgesamt sehr viel mehr Zeit und habe Mühe, Dinge zu behalten. Mittelfristig sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter, als auch in angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/49/5-6).

In ihrem Schreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 19. September 2016 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, seit Wiederaufnahme der Behandlung am 8. Dezember 2015 habe sich eine erhebliche Verschlechterung vor allem der kognitiven und der depressiven Symptome gezeigt, welche im Verlauf und aktuell als mittelgradig bis schwer einzustufen seien. Zusammengefasst sei die Verschlechterung am ehesten im unterdessen chronifizierten Gesamtverlauf zu begründen, vermutlich habe auch der gescheiterte Arbeitsversuch zu einer Verschlechterung der Beschwerden geführt. Aktuell dienten die therapeutischen Maßnahmen vor allem dazu, einer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken, dies beinhaltet unter Umständen auch die notwendige psychiatrische

stationäre Hospitalisation (Urk. 7/57).

#### **E. 3.4.2**

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. März 2017

stellte Dr. F.\_\_\_\_, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/81/71): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F 33) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F 40.01) - Dissoziative Bilder (ICD-10 F 44.7) - Hinweise auf eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F 45.41) - Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, möglicherweise verbunden mit traumatischem Erleben Daneben stellte Dr. F.\_\_\_\_ folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/81/71): - Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F 54) Es finde sich eine erhebliche Einschränkung bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Probleme auch bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bei depressiver Störung, bei Angststörung, bei Auftreten von dissoziativen Phänomenen erheblich eingeschränkt, fachliche Kompetenzen könnten dabei nur sehr eingeschränkt ausgelegt werden. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit teilweise leicht eingeschränkt, Durchhaltefähigkeit erheblich eingeschränkt, Durchsetzungsfähigkeit erheblich eingeschränkt, Kontaktfähigkeit zu Dritten möglich, Gruppenfähigkeit nicht gegeben, familiäre Beziehungen bestünden, intime Beziehung erschwert, Spontanaktivitäten seien erschwert, Selbstversorgung sei gegeben, Mobilität leicht eingeschränkt (Urk. 7/81/67). Die vormalige Tätigkeit, etwa Verkäuferin, sei mit dem gegenwärtigen psychopathologischen Zustand nicht zu vereinbaren.

Auch für eine angepasste Tätigkeit bestünden erhebliche quantitative und qualitative Einschränkungen im Ausmass von zumindest gegenwärtig 80 %. Dies gelte spätestens seit Antragstellung (Urk. 7/81/67-68).

#### **E. 3.4.3**

In seiner Beurteilung für den RAD vom 13. Juni 2017 wies G.\_\_\_\_ auf umfangreiche Inkonsistenzen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ hin. Insgesamt würden die funktionellen Einschränkungen nicht näher beschrieben. Dies lasse sich zurückführen auf die unzureichenden Angaben der Beschwerdeführerin. Insgesamt würden die Inkonsistenzen vom Gutachter nicht kritisch gewürdigt und Diagnosen ohne kritische Prüfung auf Grund subjektiver Angaben der Beschwerdeführerin gestellt oder aus der Aktenanamnese übernommen. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden im Gutachten für alle Lebensbereiche gleich beurteilt. Eine Anamneseerhebung dies bezüglich sei gemäss Gutachten jedoch nicht möglich gewesen. Eine genaue Beschreibung der Beschwerden im Alltag und der resultierenden Einschränkungen oder Situationsbeschreibungen fehle. Vor diesem Hintergrund sei zur Klärung ein psychiatrisches Gutachten in Betracht zu ziehen (Urk. 7/97/4-5).

#### **E. 3.4.4**

Dr. H.\_\_\_\_ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 1. September 2017

folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/96/10): - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21) Daneben stellte er folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/96/10): - Anamnestisch und akutenmässig Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F 40.01)

Dr. H.\_\_\_\_ erhob folgenden Psychostatus: Die Beschwerdeführerin sei, begleitet von ihrem Ehemann, pünktlich zum abgemachten Termin gekommen und habe das Untersuchungszimmer mit verlangsamtem Gang und gekrümmter Körperhaltung sowie mit schmerzassoziierter Mimik betreten. Sie habe ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewirkt. Während der Exploration habe die Beschwerdeführerin auf die gestellten Fragen in Bezug auf ihre Lebensgeschichte klare Antworten gegeben, jedoch mit einigen Inkonsistenzen betreffend Daten (sie habe zum Beispiel den Jahrgang ihres Ehemannes nicht angegeben, dann aber doch gewusst, dass er 7.5 Jahre älter sei, sie habe sich nicht einmal an das Jahr des Unfalls erinnert, die Symptomentwicklung danach sei aber genau beschrieben worden). Die Beschwerdeführerin habe objektiv keine Konzentrations-, Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörungen aufgewiesen. Im formalen Denken sei sie geordnet gewesen, inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben. Im Affekt habe sie bedrückt gewirkt, die affektive Schwingungsfähigkeit und der Elan vitae seien reduziert gewesen, eher im Sinne einer Dekonditionierung, affektiv sei sie modulierbar gewesen, ein affektiver Rapport sei knapp herstellbar gewesen. Im Antrieb sei sie vermindert, motorisch wenig lebhaft gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben, die Beschwerdeführerin habe aber über passive Todeswünsche berichtet (Urk. 7/96/9).

Aufgrund der anamnestischen Angaben könne bei der Beschwerdeführerin auch eine Agoraphobie mit Panikstörung erhoben werden. Während der Exploration am 22. August 2017 habe sie während der Schilderung der Panikattacken keine vegetativen Symptome aufgewiesen, womit gegenwärtig von einer Remission der Panikstörung ausgegangen werden könne (Urk. 7/96/11). Ohne Berücksichtigung ihrer körperlichen Müdigkeit beziehungsweise Dekonditionierung hätten bei der Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration weitgehend uneingeschränkte psychokognitive Funktionen festgestellt werden können (Gedächtnisfunktionen, Konzentrationsvermögen, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, affektive Modulationsfähigkeit, Antrieb). Aufgrund von leichten bis mittelschweren Beeinträchtigungen ihrer geistigen Flexibilität und allgemeiner psychophysischer Durchhaltefähigkeit könne aus rein psychiatrischer Sicht von einer höchstens 20-30%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter wie in adaptierter Tätigkeit seit Dezember 2015 ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Bedarf an adaptierten Tätigkeiten. Wegen der geklagten Schlafstörungen seien für sie allerdings Nacharbeiten nicht geeignet. Unter einer Optimierung der Psychopharmakotherapie und Verbesserung der Schlafqualität der Beschwerdeführerin könne aus psychiatrischer Sicht eine Verbesserung ihres psychischen Zustandes und die Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Bezüglich ihrer soziophobischen Vermeidungshaltung und festgestellten Agoraphobie mit Panikstörung könne ihr in der Längsschnittbeurteilung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 7/96/13).

### **E. 3.4.5**

Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. November 2017 ein (Urk. 7/108). Daraus lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (Urk. 7/108/2): - Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F 33.2) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F 40.01) - Dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F 44.7) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) - Nicht-organische Insomnie (ICD-10 F 51.0) - Status nach Autounfall im Mai 2008 mit HWS Distorsionstrauma und

cervicocephalem Symptomenkomplex

Gemäss ICD-10 bezeichne eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion einen «leichten depressiven Zustand auf eine längere anhaltende Belastungssituation, der zwei Jahre aber nicht überschreitet». Bei der Beschwerdeführerin sei zum einen das Zeitkriterium der zwei Jahre überschritten, zum anderen sei die depressive Symptomatik nicht als leicht, sondern als mindestens mittelgradig einzustufen. Den im Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ erwähnten remissionsfreien Phasen von Januar 2012 bis Dezember 2015 könne schon allein deshalb nicht zugestimmt werden, als dass die Beschwerdeführerin zwischen 2012 und der Wiederaufnahme der Behandlung in der J.\_\_\_\_ im Dezember 2015 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei zwei niedergelassenen psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen gewesen sei und auch medikamentös antidepressiv behandelt worden sei. Zum Zeitpunkt des Gutachtens habe ebenfalls eine antidepressive Medikation mit 375 mg Venlafaxin bestanden (Urk. 7/108/1).

Aktuell sei erschwerend hinzugekommen, dass der Vater der Beschwerdeführerin im Alter von 64 Jahren unerwartet an einem Herzinfarkt verstorben sei, was zu einer gesamthaften Verschlechterung geführt habe und sich prognostisch ungünstig auf den weiteren Verlauf auszuwirken scheine. Aus fachmedizinisch-psychiatrischer Sicht könne der diagnostischen Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ widersprochen werden, weshalb eine erneute psychiatrische Beurteilung anzustreben wäre (Urk. 7/108/2).

In ihrem Bericht vom 25. März 2018 (Urk. 3/4)

hielt Dr. D.\_\_\_\_

an den im Vorbericht vom 24. November gestellten Diagnosen fest. Sie wies erneut darauf hin, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung unter einer antidepressiven Medikation mit 375 mg Venlafaxin gestanden habe, was doch eine ordentliche Dosierung sei. In den Jahren 2012 bis 2015 hätten regelmässig Termine bei hausärztlichen und niedergelassenen psychiatrischen Kollegen stattgefunden (Dr. K.\_\_\_\_, Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ in N.\_\_\_\_). Bei der Beschwerdeführerin bestünden Ängste, das Haus zu verlassen und in Menschenmengen oder öffentlichen Plätzen zu sein, sowie alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Die Ängste gingen bei der Beschwerdeführerin einher mit Herzrasen, Schwitzen, Schwindel, subjektiv erlebter Atemnot, Zittern und Derealisationen- und Depersonalisationserleben, auch habe sie dabei Angst, dass sie sterben könnte. Kernsymptom der Erkrankung sei ferner das Vermeidungsverhalten, welches bei der Beschwerdeführerin ebenfalls stark ausgeprägt sei, und welches auch trotz langjähriger therapeutischer Bemühungen auf verhaltenstherapeutischer Basis mit Expositionen kaum zu beeinflussen sei. Ausserhäusliche Aktivitäten, welche alleine und zu Fuss zu machen seien, würden von der Beschwerdeführerin nicht gemacht, diese fänden gemäss Angaben der Beschwerdeführerin und deren Ehemann immer in Begleitung des Ehemannes oder der Töchter statt. Termine bezüglich schulischer Belange der Kinder (Schulgespräche, Zahnarzt- oder Arzttermine, Hobbys) würden ausschliesslich durch den Ehemann abgedeckt. Zu Fuss und alleine sei die Beschwerdeführerin quasi nie unterwegs, die meiste Zeit sei sie zu Hause in der Wohnung. Die einzigen ausserhäuslichen Aktivitäten, welche sie alleine durchführe, würden mit dem Auto gemacht, dies seien in der Regel kurze Strecken zu Arztterminen, oder in sehr seltenen Fällen auch Einkäufe, welche dann sehr schnell ausgeführt würden. Mehrheitlich würden sie jedoch vermieden, oder in Begleitung eines Familienmitgliedes gemacht. Vor allem gestützt auf die im Rahmen der

Agoraphobie mit Panikstörung vorhandenen Beeinträchtigungen sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt, respektive nicht gegeben sei (Urk. 3/4).  
4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Entscheid primär auf das psychiatrische Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 1. September 2017 (vgl. Urk. 2, Urk. 7/111). Dahingegen erachtet die Beschwerdeführerin das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ aus verschiedenen Gründen als nicht beweiskräftig (vgl. Urk. 1 S. 5-9). 4. 2 4.2.1

Die Beschwerdeführerin wendet gegenüber der Beweiskraft des Gutachtens von Dr. H.\_\_\_\_ unter anderem ein, die Hauptdiagnose der Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F 40.01) werde darin fälschlicherweise nicht berücksichtigt. Auf grund der substantiierten Darlegungen von Dr. D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. März 2018 sei erstellt, dass die Agoraphobie mit Panikstörung

massgebliche Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit

wie auch in den alltäglichen Verrichtungen verursache (Urk. 1 S. 6; vgl. Urk. 3/4). Auch an der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode halte Dr. D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht fest, womit ihre Beurteilung weitgehend mit dem psychiatrischen Teilgutachten der

Medas übereinstimme, sowohl was die Diagnosestellung als auch was das Ausmass der attestierten Arbeitsunfähigkeit anbelange. Unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ wie auch das Gutachten der

Medas

müsse das psychiatrische Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_, auf welche auch der RAD seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stütze, erheblich in Zweifel gezogen werden (Urk. 1 S. 7).

Nach der Rechtsprechung setzt die Annahme eines psychischen Gesundheitszustands eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (E. 1.4.1). Die von Dr. H.\_\_\_\_

gestellten Diagnosen wurden gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10 codiert (Urk. 7/96/10). Im Gutachten findet aber keine Diskussion der in Betracht zu ziehenden Diagnosen anhand der jeweiligen ICD-10-Kriterien statt, so wird eine Agoraphobie pauschal damit verneint, dass sich dafür anlässlich der Begutachtung keine Anhaltspunkte ergeben hätten (vgl. Urk. 7/10-13). Da eine Agoraphobie mit Panikstörung nach ICD-10 F 40.1 im Vorfeld der Begutachtung wiederholt diagnostiziert wurde (vgl. Urk. 7/96/4-5), wäre zu erwarten gewesen, dass der psychiatrische Gutachter im Einzelnen abhandelt, welche Kriterien gemäss ICD-10 F 40.1 erfüllt sind und gestützt darauf begründet, weshalb er die Diagnose stellt bzw. darauf verzichtet. Insbesondere geht aus dem Gutachten aber nicht hervor, dass innerhalb der letzten zwei Jahre ein belastendes Ereignis (von hinreichender Schwere) eingetreten ist (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V [F] Klinische diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 209 f.), welches zur diagnostizierten Anpassungsstörung geführt haben soll. Vor diesem Hintergrund erweisen sich die von der behandelnden Psychiaterin, Dr. D.\_\_\_\_, geäusserten Einwände gegenüber der Diagnostik durch Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/108/1, Urk. 3/4) als teilweise berechtigt, was Zweifel am Gutachten zu wecken vermag. 4.2.2

Im Weiteren bringt die Beschwerdeführerin vor, sie habe auch im Zeitraum von Januar 2012 bis Dezember 2015 unter psychischen Beeinträchtigungen gelitten und diese – entgegen der Annahme von Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/96/11-12) – entsprechend medizinisch behandeln lassen (Urk. 1 S. 5-6). Wie der im psychiatrischen Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 1. September 2017 aufgeführten Aktenlage zu entnehmen ist, lagen dem Gutachter keinerlei medizinische Unterlagen aus den Jahren 2012 bis 2015 vor, der erste medizinische Bericht seit der Neuanmeldung ist derjenige von Dr. D.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2016 (Urk. 7/96/4). Dr. H.\_\_\_\_ ging in seiner Beurteilung denn auch von einem Unterbruch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zwischen dem 28. Februar 2012

und dem 8. Dezember 2015 aus (Urk. 7/96/10-12). Gemäss dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. März 2018 fanden in den Jahren 2012 bis 2015 jedoch regelmässig Termine bei hausärztlich und niedergelassenen Psychiatern statt (vgl. Urk. 3/4). Auch Dr. C.\_\_\_\_ bestätigt eine intensive Behandlung der Beschwerdeführerin seit Januar 2012. Bis Dezember 2014 habe eine psychotherapeutische und manualtherapeutische Behandlung bei O.\_\_\_\_ in N.\_\_\_\_ und ab Januar 2015 nur noch eine manualtherapeutische Behandlung in Zürich stattgefunden (Urk. 3/5). Damit ist belegt, dass die Beschwerdeführerin von Januar 2012 bis Dezember 2014 in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung stand (vgl. auch Urk. 3/6). Der Leistungszusammenstellung des Krankenversicherers lassen sich darüber hinaus – in Übereinstimmung mit den Angaben von Dr. D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. März 2018 (Urk. 3/4) – zahlreiche Kostenpositionen für verschiedene Behandlungsintervalle in der Zeitspanne vom 5. Dezember 2014 bis am 13. Juli 2015, lautend auf

L.\_\_\_\_, sowie eine Kostenposition für K.\_\_\_\_ (Behandlungsdauer 9.-20. Oktober 2015) entnehmen (Urk. 3/6). Damit liegen deutliche Hinweise dafür vor, dass die Beschwerdeführerin in der gutachterlich angenommenen Behandlungspause zwischen dem 28. Februar 2012 und dem 8. Dezember 2015 durch mehrere Ärzte psychotherapeutisch behandelt wurde, worüber sich in den Akten jedoch keine Berichte finden.

Die teilstationäre Therapie in der Tagesklinik J.\_\_\_\_ vom 8. Februar bis zum 29. März 2016 wurde von Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung aufgegriffen, als Ergebnis hielt er aber lediglich fest, dass sich gemäss den Akten während der achtwöchigen tagesklinischen Behandlung bezüglich Angstzustände wenig verändert habe (vgl. Urk. 7/96/12). Ein Bericht bezüglich dieser tagesklinischen Behandlung liegt nicht bei den Akten und lag auch Dr. H.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung nicht vor (vgl. Urk. 7/96/2-6).

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der Gutachter fälschlicherweise von einem Unterbruch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung vom 28. Februar 2012 bis am 8. Dezember 2015 ausging und ihm kein Bericht über die teilstationäre Therapie in der Tagesklinik J.\_\_\_\_ vom 8. Februar bis zum 29. März 2016 vorlag. Das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ ist dementsprechend auf einer unzureichenden medizinischen Dokumentationslage ergangen, was

angesichts der retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.4.3) besonders schwer wiegt.

#### 4.2.3

Darüber hinaus ist auf folgenden, dem Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ innewohnenden, Widerspruch hinzuweisen: Führte Dr. H.\_\_\_\_ in Ziffer 8.4.3 noch aus, bei der

Beschwerdeführerin seien abgesehen von einer Arbeitslosigkeit und der Notwendigkeit einer Betreuung ihrer schulpflichtigen Kinder keine weiteren psychosozialen Belastungen festzustellen, hielt er in Ziffer 8.6 fest, die initiale depressive Symptomatik sei eindeutig auf die veränderten Lebensumstände und ihre erheblichen psychosozialen Belastungen zurückzuführen (Urk. 7/96/15). 4.3

Zusammengefasst bestehen zahlreiche

Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. H.\_\_\_\_ sprechen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 1.7.1). Dem im Rahmen des Medas -Gutachten vom 10. Mai 2017

erstatteten psychiatrischen Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ mangelt es insbesondere an einer kritischen Würdigung der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrem Gesundheitszustand sowie der zahlreichen Inkonsistenzen. So gelangte denn auch bereits G.\_\_\_\_ in seiner RAD- Stellungnahme vom 13. Juni 2017 zum Ergebnis, dass auf das betreffende Teilgutachten nicht abgestellt werden könne (vgl. E. 3.4.3), weshalb daraufhin für den Fachbereich der Psychiatrie ein erneutes Gutachten in Auftrag gegeben wurde (Urk. 7/97/6, vgl. Urk. 7/96). Gestützt auf das Medas -Gutachten ist demnach ebenfalls keine verlässliche Beurteilung des Leistungsanspruches möglich. Die behandelnde Psychiaterin, Dr. D.\_\_\_\_, vermochte in ihren Berichten nicht nachvollziehbar darzulegen, welche konkreten Defizite die von ihr attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit begründeten (Urk. 7/49, Urk. 7/57, Urk. 7/108, Urk. 3/4). Infolgedessen lassen auch die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ keine umfassende Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu, umso mehr als eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben behandelnder Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf deren auftragsrechtliches Verhältnis zur versicherten Person im Streitfall kaum je in Frage kommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_304/2019 vom 27. August 2019 E. 3.2.3 mit Hinweis auf BGE 135 V 465 E. 4.5; vgl. auch E. 1.7.2). 4.4

Aufgrund der gegebenen Aktenlage kann das Vorliegen eines Rentenanspruchs weder bejaht noch verneint werden.

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Rahmen der Vervollständigung der medizinischen Akten wird die Beschwerdegegnerin die Berichte der behandelnden Ärzte für die Zeit zwischen dem 28. Februar 2012 und dem 8. Dezember 2015

sowie einen Bericht über die tagesklinische Behandlung in der J.\_\_\_\_ vom 8. Februar bis am 29. März 2016 einzuholen haben. Nach Vervollständigung der medizinischen Akten hat die Beschwerdegegnerin ein fachpsychiatrisches Gutachten zu veranlassen, welches eine zuverlässige Beurteilung im strukturierten Beweisverfahren ermöglicht, um über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfügen zu können.

Damit ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV - Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen.

Ausgangsgemäss sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen. 5  
.2

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführer in Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend er scheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und M WSt) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die an gefochtene Verfügung vom 26. Februar 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV- Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Wenger -  
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 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 HurstKübler

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### 1. 4 .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; 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

41 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. 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).

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