

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00473 vom 16. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00473

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00473 du 16 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00473 del 16 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Mit Urteil vom 16. Juni 2017 im Prozess Nr. IV.2017.00035 hiess das Sozialversicherungsgericht die Beschwerde der 1974 geborenen X.____

vom 13. Januar 2017 in dem Sinne gut, dass es die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 30. November 2016 mit der Feststellung

aufhob, dass die Versicherte folgende Ansprüche hat (Urk. 2/12, Dispositiv-Ziff. 1): - Dezember 2006 bis Juni 2007 : ganze Rente - Juli 2007 bis Februar 2009: Dreiviertelrente - März bis Juni 2009 : ganze Rente - Juli 2009 bis März 2010: Dreiviertelrente - Februar bis Mai 2012 : ganze Rente - November 2013 bis November 2014: Viertelrente - ab Dezember 2014 : ganze Rente

Das Bundesgericht änderte diesen Entscheid mit Urteil vom 9. Mai 2018 insoweit a b, als es der Versicherten für den Monat Juni 2007 eine Dreiviertelrente

zu sprach. Den Rentenanspruch für die Zeit ab 1. November 2013 betreffend wurde der Entscheid aufgehoben und die Sache zu neuem Entscheid an das Sozialversicherungsgericht zurückgewiesen (Urk. 2/16 = Urk. 1 Dispositiv Ziff. 1).

E. 2

In der Folge forderte das Gericht die

Y.____ zu einer ergänzenden Stellungnahme zu ihrem Gutachten vom 31. Dezember 2014 (Urk. 2/9/166) auf (Urk. 4). Nachdem die Y.____ am 27. Juni 2019 mitgeteilt hatte, dass die Beschwerdeführerin für eine Stellungnahme nochmals exploriert werden müsse (Urk. 13), ordnete das Gericht mit Beschluss vom 20. August 2019 (Urk. 18) und Verfügung vom 11. September 2019 (Urk. 22) die polydisziplinäre Begutachtung durch Experten der Medas Z.____ an. Das Gutachten wurde am 26. Mai 2020 erstattet (Urk. 35) und die Parteien nahmen hierzu am 17. Juni 2020 (Urk. 41) beziehungsweise 2. September 2020 (Urk. 43) Stellung. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Im Entscheid des hiesigen Gerichts vom 16. Juni 2017 (Urk. 2/12) wurden die Bestimmungen über die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch und dessen Umfang (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), zur Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, in Verbindung mit Art. 28a IVG) sowie die Grundsätze hinsichtlich des Beweiswerts ärztlicher Berichte (BGE 125 V 351 E. 3a) dargelegt, worauf verwiesen wird.

Zu ergänzen ist, dass das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 entschied, 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 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 beweibelastete 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. 2.1

Das Bundesgericht begründete die Rückweisung der Sache in Bezug auf einen Rentenanspruch ab November 2013 damit, die Leistungszusprache des hiesigen Gerichts sei unter Mitberücksichtigung der sich aus einem psychischen Leiden ergebenden Einschränkungen erfolgt. Nach der durch BGE 143 V 409 und 418 geänderten Rechtsprechung dürfe eine Leistungszusprache

aufgrund eines psychischen Leidens grundsätzlich nur nach Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 erfolgen. Ein solches strukturiertes Beweisverfahren habe im vorliegenden Fall nicht stattgefunden und sei auch nicht entbehrlich. Das hiesige Gericht habe, allenfalls nach weiteren medizinischen Abklärungen, ein solches Beweisverfahren durchzuführen und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu entscheiden (Urk. 1 E. 6).

E. 2.2

In der Folge holte das Gericht das Gutachten der Medas

Z.____ vom 26. Mai 2020 ein (Urk. 35). Die Beschwerdeführerin erachtete dieses als schlüssig und nachvollziehbar im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Insbesondere sei das psychiatrische Teilgutachten äusserst umfangreich und detailliert verfasst worden und es sei lege artis auch eine Fremdanamnese erhoben worden. Mithin könne auf die Beurteilung ihrer invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche darauf abgestellt werden (Urk. 41).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin wandte gegen das Gutachten der Medas

Z.____ ein, die psychische Erkrankung stehe ausser Zweifel. Jedoch gründe deren Ausprägung aus näher dargelegten Gründen nicht auf einem stimmigen Gesamtbild. In Anbetracht dessen liessen sich die gutachterlich attestierten massiven Einschränkungen und damit letztlich die vollständige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf das Gutachten nicht nachvollziehen (Urk. 43 S. 2 unten).

E. 3.1

Dr. med. A.____ , Facharzt für Rheumatologie, Dr. med. B.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie , und Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychiatrie, stellten im Gutachten der Medas

Z.____ vom 26. Mai 2020 (Urk. 35) folgende Diagnosen (S. 33 Ziff. 5): - anhaltende schwere depressive Episode F32.2 - DD zusätzlich chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 - DD zusätzlich ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung F60.60 - schmerzhaft eingeschränkte Schulterfunktion rechts nach: - AC-Gelenksresektion am 26. Oktober 2006 - Schulter-Arthroskopie am 1. Dezember 2008 - Acromion-Osteotomie am 1. November 2011 - Schrauben-Entfernung zirka 2013 - schmerzhafte AC-Arthrose links - morgendliche Steifigkeit der Finger beidseits nach: - Carpal-Tunnel-Operation im Oktober 2010 links - Carpal-Tunnel-Operation im Januar 2011 links - degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) - leichter Hallux valgus beidseits - Adipositas (BMI 33 kg/m²) - Langzeit-Opiattherapie wegen chronischer Schmerzen

E. 3.2

Dr. A.____ führte aus, in rheumatologischer Hinsicht klagt die Beschwerdeführerin, was den Bewegungsapparat anbelange, als Hauptproblem über Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, zudem über Schmerzen in der linken Schulter, in beiden Händen sowie am Rücken tieflumbal (S. 40 unten).

Was den Schulterschmerz rechts anbelange, so bestehe ein auffällig hohes Schmerzniveau im Bereich von VAS 8-10 (auf der 10er Skala), dies trotz Dauermedikation (unter anderem mit Opiat). Die rechte Schulter sei insgesamt vier mal operiert worden. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin keinen der vier Eingriffe als hilfreich empfunden. Ausgangspunkt sei ein Ereignis mit einer abrupten Bewegung beim Auffangen einer Person im Pflegeheim im Jahr 2005. Unter der Verdachtsdiagnose, dass ein mechanisches subakromiales

Impingement vorliege, seien mehrere subakromiale Dekompressionen vorgenommen worden. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich aktiv eine Beweglichkeit von 80 bis 90 Grad Anteversion und Elevation, passiv sei unter Überwindung von Schmerzen ein Bewegungsausmass bis 130 Grad möglich, und die Muskellumfänge zeigten keine Seitendifferenz. Die Bewegungsausmasse seien nicht verdächtig auf ein Kapselmuster (keine frozen

shoulder). Die Beweglichkeit sei überwiegend wahrscheinlich durch die Schmerzen bedingt eingeschränkt. Bei Zustand nach mehreren AC-Resektionen und Nachresektionen seien eine verminderte Belastbarkeit und ein gewisser Reizzustand im Sinne einer Periarthropathie somatisch erklärbar. Die gesamte Konstellation mit Dauerschmerzen (VAS 8-10) selbst unter Opiattherapie und weitgehender Therapieresistenz trotz vier Operationen spreche aber für ein hohes Mass an somatisch nicht erklärbaren Schmerzen. Vermutlich sei dieser Schmerz längst zentral fixiert und mit einer an der Peripherie angreifenden

somatischen Therapie nicht behandelbar. Die neu angefertigten Röntgenbilder zeigten im Wesentlichen einen Zustand nach Resektion des AC-Gelenkes (S. 40 unten f.).

An der linken Schulter zeige sich klinisch das Bild einer leichtgradigen Periarthropathie, radiologisch eine leichte AC-Arthrose. Das Bewegungsausmass sei nur leicht eingeschränkt (S. 40 Mitte).

An den Händen bestehe eine normale Konfiguration der Fingergelenke mit voll ständigem Faustschluss, es seien keine Synovitiden objektivierbar und bei der Temperaturmessung ergäben sich auch keine Hinweise auf eine Überwärmung. Diese Schmerzen könnten nicht mit pathologischen Befunden erklärt werden. Auf beiden Seiten sei im Jahr 2011 ein Karpaltunnel-Syndrom mit gutem Erfolg operiert worden. Die zuvor vorhandenen Sensibilitätsstörungen hätten sich danach erholt (S. 41 Mitte).

Die Beschwerdeführerin klagt

über tieflumbale Rückenschmerzen von wechselndem Ausmass, attackenweise von stark störendem Ausmass. Klinisch zeige sich eine leichte S-förmige Skoliose, eine Adipositas mit einem Body Mass Index von 33

kg/m² und eine lokale segmentale Druckdolenz auf Höhe L5/S1 median und paramedian rechts. Radiologisch bestehe in diesem Segment eine leichtgradige Osteochondrose L5/S1. In der Magnetresonanztomografie vom 19. Februar 2019 zeigten sich mediane Diskusprotrusionen auf den Etagen L4/5 und L5/S1 ohne Zeichen einer Kompression neuraler Strukturen. Die geringen Deckplattenunregelmässigkeiten sprechen für einen Zustand nach geringgradigem Morbus Scheuermann, einer in der Jugend durchgemachten Wachstumsstörung. Aktuell bestünden - wie schon bei den orthopädischen Voruntersuchungen von 2010 und 2014 - keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Kompression. Phänomenologisch handle es sich um chronisch rezidivierende und spezifische Rückenschmerzen (S. 41 unten).

E. 3.3

Dr. B. führte aus, der orthopädische Zustand sei auf tiefem Niveau stabil. Eine Änderung des Schmerz-Zustandes und der Funktionsstörung der rechten Schulter sei nicht zu erwarten - weder im Sinne einer namhaften Besserung noch einer Verschlechterung. Auch von Seiten der linken AC-Arthrose, der Beschwerden an den Händen und der Lendenwirbelsäule sei keine nennenswerte Änderung zu erwarten (S. 43 oben).

E. 3.4

Dr. C. legte dar, dass die psychische Erkrankung insgesamt schwerwiegend und langdauernd sei. In Anlehnung an das Mini-ICF-APP Instrumentarium sei die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen nicht eingeschränkt, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben schwer eingeschränkt, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit schwer eingeschränkt, die Kompetenz- und Wissensanwendung mittelschwer eingeschränkt, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit schwer eingeschränkt, die Proaktivität und Spontanaktivitäten schwer eingeschränkt, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit schwer eingeschränkt, die Selbstbehauptungsfähigkeit schwer eingeschränkt, die Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten schwer eingeschränkt, die Gruppenfähigkeit schwer eingeschränkt, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen aktuell nicht zuverlässig einschätzbar, die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung leicht eingeschränkt und die Mobilität und Verkehrsfähigkeit mittelschwer bis schwer

eingeschränkt. Gesamthaft bedeute dies, dass die Beschwerdeführerin in für jegliche berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten ausgeprägt eingeschränkt sei. Die Einschränkungen betreffen auch den privaten Bereich (S. 43 Mitte).

E. 3.5

Insgesamt bestehe in somatischer Hinsicht eine gewisse Inkonsistenz zwischen der subjektiven Schmerzintensität und den objektiven Befunden an der rechten Schulter. Der massive Leidensdruck sei aber mit der schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung erklärbar. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise auf Aggravation. Vielmehr gebe es Hinweise auf das grosse Anliegen der Beschwerdeführerin, nicht in erster Linie psychisch krank zu sein und entsprechend eine Tendenz zur Dissimulation der psychischen Beeinträchtigung.

E. 3.6

Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 44 Ziff. 7.1).

Aus somatischer Sicht best e noch eine gewisse, dem Zumutbarkeitsprofil entsprechende Restarbeitsfähigkeit. Aus rein mechanischen Überlegungen wären sitzende Tätigkeiten mit den Händen unter Brusthöhe zumutbar. Heben und Tragen von Lasten über 10 kg mit herabhängendem Arm wären möglich. Das Anheben auf Tischhöhe von Lasten über 5 kg sei nicht möglich. Da auch die linke Schulter durch die AC-Arthrose schmerzhaft sei, sei auch ein beidhändiges Heben von Lasten über 5 kg auf Tischhöhe nicht möglich. Infolge der degenerativen Veränderungen der LWS seien längeres Stehen und vornüberge neigtes Arbeiten nicht zumutbar. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei das psychische Leiden derart schwerwiegend, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (S. 44 Ziff. 7.2).

E. 3.7

Von orthopädischer Seite her könnten keine erfolgsversprechenden Behandlungsvorschläge gemacht werden. Im Gegenteil müsse in Anbetracht der Schmerzentwicklung von einer Schmerzstörung ausgegangen werden. Bei solchen Störungen seien erfahrungsgemäss alle operativen und invasiven Massnahmen - ausser bei lebensbedrohlichen Zuständen - obsolet. Medizinisch-psychiatrisch empfehle sich nochmals eine Reevaluation der analgetischen und antidepressiven Pharmakotherapie. Diese müsste sorgfältig mit der Beschwerdeführerin erwogen werden, da sie in der Vergangenheit vielfältige Schmerzmittel und Antidepressiva versucht habe und nach wie vor das primäre Problem in ihren Schmerzen sehe (S. 44 f. Ziff. 7.3).

E. 4.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die
Gerichtsexpertise
widersprüchlich ist, oder wenn ein vom
Gericht

ein geholtes

Obergutachten

in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegen sätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug er scheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens

in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens

abweichende Schlussfolgerungen zieht

(BGE 125 V 351 E. 3b/ aa).

E. 4.2

Die Einwendungen der Beschwerdegegnerin vermögen ein Abweichen vom Gut achten der Medas

Z.____

nicht zu begründen , sind diese doch nicht mit gegensätzlichen fachärztlichen Einschätzungen untermauert . Was ihre Zweifel am Schweregrad der Erkrankung betrifft, da bis anhin keine Behandlung im stationären Rahmen etabliert worden sei , ist der Beschwerdegegnerin vorab ent gegen zu halten, dass sich die Schwere einer psychischen Erkrankung nicht allein aus den durchgeführten medizinischen Massnahmen ergibt.

Zu beachten ist vor liegend, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn der Erkrankung drei kleine Kinder zu betreuen hatte, wovon eines an einer Autismus-Spektrum-Störung leidet , und sie mehrmals aufgrund der Schulter beschwerden operiert wurde . Ausserdem wies Dr. C.____ darauf hin, dass die behandelnde Psychiaterin eingeräumt habe, sie habe die Schwere der Erkrankung unterschätzt (Urk. 35 , Psychiatrisches Teilgutachten S. 36). Auch der psychiatrische Gutachter des Z entrums D.____ (Urk. 2/9/59/23-39) führte die psychischen Beschwerden auf die chronischen Schulterbeschwerden zurück (S. 13 Ziff. 3.5.2) und empfahl lediglich die Fortsetzung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung mit einer zusätzlichen Intensivierung der antidepressiven Medikation (S. 15 Ziff. 3.7).

Der psychiatrische Gutachter der Y.____

sodann ging bezüglich Arbeitsfähigkeit von einer schlechten Prognose aus und war der Ansicht , dass durch eine Intensivierung der Therapie allenfalls ein Gewinn für die Lebensqualität , nicht aber für die Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, es sei aber aufgrund der langjährigen Chronifizierung wichtig, dass die Behandlungsmassnahmen zwischen der Beschwerdeführerin und dem therapeutischen Umfeld abgesprochen und schrittweise eingeleitet wer den könn t en (Urk. 2/9/166 S. 41 Ziff. 7.5) . Ausserdem gibt es l aut Dr. C.____ Hinweise, dass es der Beschwerdeführerin ein grosses Anliegen sei, nicht in erster Linie psychisch krank zu sein und entsprechend eine Tendenz zur Dissimulation der psychischen Beeinträchtigungen vorl ie ge (E. 3.5) , was neben der Auffassung der behandelnden und begutachtenden Ärzte , die Depression stehe vor dem Hintergrund der besserungsfähigen Schulterbeschwerden, nach vollziehbar auch dazu geführt haben dürfte, dass eine stationäre Therapie nie in Erwägung gezogen wurde.

Die Frage, ob sich die Schmerzmedikamente möglicherweise auf die Vitalgefühle der Beschwerdeführerin auswirken, kann offen

bleiben, wurde doch die Diagnose einer schweren Depression sorgfältig und nachvollziehbar fachärztlich hergeleitet; herabgesetzte Vitalgefühle allein begründen keine schwere Depression, sondern sind im Kontext mit weiteren Symptomen zu sehen. Ausser dem

ging Dr. C.____ davon aus, dass die Depression Ursache der Schmerzen ist, und die psychischen Einschränkungen schon bestanden hatten, als die Schmerzmedikamente verschrieben wurden.

Indem sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, die erhobenen Befunde liessen nicht auf eine schwere psychische Erkrankung schliessen, verkennt sie, dass von den drei Grundsymptomen einer depressiven Störung bei der Beschwerdeführerin sämtliche und von den weiteren häufigen Symptomen ausser Suizidgedanken oder gar -handlungen (hingegen passive Todeswünsche) die meisten erfüllt sind, wenn auch die Konzentration und Aufmerksamkeit nur leicht beziehungsweise punktuell eingeschränkt ist (Urk. 35, psychiatrisches Teilgutachten S. 46).

Sodann kam der Y.____-Psychiater bereits im Jahr 2014 zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin alle Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt seien (Urk. 2/9/166/1-44 S. 39).

Zusammenfassend erfüllt das Gutachten der Medas

Z.____ die praxisgemässen Anforderungen. So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, erklärt es doch, welche Befunde zu den gestellten Diagnosen führen und wie sich diese auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken (vorstehende E. 3.4). Das Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen und den Fremdauskünften der behandelnden Psychiaterin und des Ehemannes. Die Expertise berücksichtigt detailliert die Auffälligkeiten der Beschwerdeführerin und setzt sich mit ihrem Verhalten auseinander, das Ausdruck der gestellten Diagnosen und ein wesentliches Beurteilungskriterium für die Frage der Arbeitsunfähigkeit ist. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Insbesondere erklärt e

Dr. C.____ nachvollziehbar, dass

die klare Diagnose retrospektiv erst spät gestellt worden sei, weil einerseits eine Abwehr bis Verleugnung der Beschwerdeführerin selbst, an einer psychischen Störung zu leiden, zu beobachten sei und andererseits auf behandelnder ärztlicher Seite keine Erklärung vorgelegen habe, wie es dazu kommen sollte, dass eine gesunde junge Frau wegen einer nicht gravierenden Schulterverletzung dauerhaft dekompenziert (Urk. 35, psychiatrisches Teilgutachten S. 53 Ziff. 5).

E. 5

4

Mit ihren Ausführungen setzte sich die psychiatrische Gutachterin eingehend mit den Standardindikatoren (vorstehend E. 5.2) auseinander. Ihre Beurteilung umfasst das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen

und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E.

3.4.2.1) abgeleitet wurde. Dr. C.____ ist bei der Beantwortung der Frage, wie sie das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, sie hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ihre versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist.

E. 5.1

Zu prüfen bleiben schliesslich die Schlussfolgerungen der Gutachter, mithin ist die attestierte Arbeitsunfähigkeit dem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen.

E. 5.2

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. 5.3

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde führte die psychiatrische Gutachterin aus (Urk. 35), die depressive Störung sei seit Jahren schwer ausgeprägt. Die klinisch wiederholt beschriebenen Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigungen, die sich in der aktuellen Untersuchung mittels Test hätten verifizieren lassen, seien ein weiterer Hinweis auf die Schwere der Störung. Schwierig habe sich die psychiatrische Behandlung gestaltet, weil auch dort lange Zeit die Schulterverletzung im Zentrum gestanden habe, die Beschwerdeführerin verweise darauf, dass das Problem anderswo liegen müsse, als Kränkung erlebt habe und deshalb den Hausarzt gewechselt, die Behandlung bei der Psychiaterin in der Anfangszeit zweimal unterbrochen habe und auch die Hinweise des erst behandelnden Orthopäden als Entwertung ihres Leidens erlebt habe. Bis heute dominiere das strikt somatische Krankheitskonzept bei der Suche der Beschwerdeführerin nach Behandlungsoptionen. Dass sie depressiv sei, räumten sie und ihr Ehemann inzwischen zwar ein, führten dies aber weiterhin auf die vermeintliche Fehlbehandlung der Schulter und hinzugekommene körperliche Abnützerserscheinungen zurück. Dadurch seien die

Psychopharmakotherapie und die psychotherapeutische Arbeit nur bedingt möglich gewesen. Andererseits nehme sie - neben einer recht hohen Dosis an Analgetika - seit Jahren Antidepressiva ein (S. 50

lit . a).

Laut den übereinstimmenden vorliegenden Informationen sei die Beschwerdeführerin von ihrer Grundstruktur her eine aktive, ausgeprägt leistungsorientierte Persönlichkeit. Differenzialdiagnostisch stehe eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden Zügen zur Diskussion. Komorbiditäten depressiver Störungen mit Persönlichkeitsstörungen seien häufig (S.

50 f.

lit . b).

Von Seiten der Beschwerdegegnerin sei die Kündigung als vermeintlich relevanter sozialer Faktor angeführt worden. Hierzu sei zum einen anzumerken, dass die depressive Störung bereits ausgeprägt bestanden habe, als es zur Kündigung gekommen sei. Zum zweiten werde eine Kündigung von der weit überwiegenden Mehrzahl von Menschen als Kränkung erlebt. Zum dritten sei auf die synthym überwertigen Ideen der Beschwerdeführerin im Kontext der schweren depressiven Störung zu verweisen. Wie schwer die Kränkung in ihrer Wahrnehmung ausgefallen sei, stimme mit dem depressiven Denken und Erleben überein. Im Zeitpunkt der Erkrankung habe die Beschwerdeführerin ausserdem mit der Autismus-Spektrum-Störung ihrer zweiten Tochter zurechtkommen müssen. Diese könnte ein Faktor sein, der die depressive Störung mitausgelöst habe. Die depressive Störung sei klinisch bis in jene Jahre zurück rekonstruierbar und trotz längst stabilem Familienleben mit der kranken Tochter sei es nicht zu einer relevanten Besserung gekommen (S. 51

lit . c).

Die ausgeprägte Einschränkung bestehe in allen Lebensbereichen. Dies sei Teil der grossen Vorwürfe, die sich die Beschwerdeführerin mache. Die Kinder hätten früh so selbständig wie möglich werden müssen und hätten die Mutter/Eltern im Haushalt unterstützt (S. 56 lit . c).

E. 6

.3 .

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführerin somit Anspruch auf eine Viertelsrente ab November 2013 und auf eine ganze Rente ab Dezember 2014. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde .

E. 6.1

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus (Urk. 35) , dass sich das in der Fragestellung genannte Stichdatum vom November 2013 aus den verschiedenen Gerichtsurteilen ergebe . Ein medizinisches Ereignis zu diesem Zeitpunkt sei in den Akten nicht vermerkt. Ebenso wenig sei das zweite

-

mehrfach genannte - Stichdatum vom November 2016 medizinisch nicht von Belang (S. 51 unten f.). Hinweise für eine psychische Störung fänden sich schon relativ früh, angefangen mit der Überweisung durch den Hausarzt an die behandelnde Psychiaterin . Ebenso fänden

sich schon früh Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin nicht habe psychisch krank sein wollen. Erst anlässlich der Y.____ -Begutachtung sei die Diagnose als schwere depressive Episode erschienen. Stelle man jedoch die Befunde einander gegenüber, sei die schwere Symptomatik schon 2006, spätestens 2008 dokumentiert (S. 51 unten f.) .

E. 6.2

Das Sozialversicherungsgericht stützte sich im Urteil vom 16. Juni 2017 (Urk. 2/12) bezüglich Arbeitsfähigkeit auf das D.____ -Gutachten vom 9. Februar 2010 (Urk. 2/9/59) , wonach im Beurteilungszeitpunkt (Januar 2010) in psychiatrischer Hinsicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiert wurde, und auf das Y.____ -Gutachten vom 31. Dezember 2014 (Urk. 2/9/166) , in welchem in psychiatrischer Hinsicht im Beurteilungszeitpunkt (September 2014) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten bescheinigt wurde E. 5.5).

Aufgrund des Fehlens weiterer echtzeitlicher relevanter Einschätzungen ist im zeitlichen Verlauf hieran festzuhalten . Daran ändert auch der Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 29. Februar 2008 (Urk. 2/9/14; vgl. auch Urk. 2/12 E. 4.1) nichts, worin gemäss Dr. C.____ die schwere Symptomatik bereits dokumentiert sei, attestierte diese zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, berücksichtigte dabei aber auch die körperlichen Beschwerden.

Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin von Januar 2010 bis August 2014 in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig war und seit September 2014

keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist.

Damit ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin ab November 2013, dem Zeitpunkt, ab welchem sie ohne Gesundheitsschaden die Erwerbstätigkeit von 50 auf 80 % erhöht hätte (vgl. Urk. 2/12 E. 3.2) ,

zu 60 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsfähig war, woraus sich unter Berücksichtigung einer Erwerbseinbusse von 45.8 % (vgl. Urk. 2/12 E. 6.3) und der Einschränkungen im Haushalt von 32.15 % (vgl. Urk. 2/12 E. 7.1) ein Gesamtinvaliditätsgrad von rund 43 % ($0.8 \times 45.8 + 0.2 \times 32.15$) errechnet (vgl.

auch Urk. 2/12 E. 8) , was Anspruch auf eine Viertelsrente

gibt .

Seit der Y.____ - Begutachtung im September 2014 besteht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, was unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Haushalt von 70 % einem Gesamtinvaliditätsgrad von 94 % ($0.8 \times 100 + 0.2 \times 70$) entspricht und einen Anspruch auf eine ganze Rente

ab Dezember 2014 (vgl. Art. 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) begründet .

E. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die im Urteil vom 16. Juni 2017 (Urk. 2/12) festgesetzten Gerichtskosten auf Fr. 1'000. zu erhöhen

und der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Die erneute Begutachtung war aufgrund der nach Erlass der angefochtenen Verfügung geänderten Rechtsprechung erforderlich, so dass für die Überbindung der entsprechenden Kosten an die Beschwerdegegnerin kein Raum besteht (vgl. BGE 143 V 269).

E. 7.3

Mit Urteil vom 16. Juni 2017 (Urk. 2/12 wurde die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 2'000. angesetzt. Da der Beschwerdeführerin weitere Unkosten angefallen sind, ist die Prozessentschädigung beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220. zuzüglich Mehrwertsteuer ermessensweise um Fr. 1'200. auf insge samt Fr. 3'200.

(inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu erhöhen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird mit der Feststellung

gutgeheissen, dass die Beschwerdeführerin ab November 2013 Anspruch hat auf eine Viertelsrente und ab Dezember 2014 auf eine ganze Rente. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 41 - 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
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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