

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00587 vom 9. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00587](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00587)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00587 du 9 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00587 del 9 aprile 2020

## Erwägungen

### E. 1

S. 2, Urk. 6/46/16 und Urk. 6/8). Ab Juli 2009 war sie beim Y.\_\_\_\_ mit einem Pensum von 80 % als Mitarbeiterin Hausdienst angestellt, wobei sie ab dem 7. Juni 2011 ganz oder teilweise krankgeschrieben war; zwei von ihr (im Oktober 2011 und im September 2012) unternommene Arbeitsversuche scheiterten (vgl. Urk. 6/13/18 und Urk. 6/20/2). Am 4. Oktober 2012 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf physische und psychische Beeinträchtigungen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1). Die IV-Stelle tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, wobei sie namentlich auch das von der Pensionskasse der Versicherten eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med.

Z.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juli 2012 (Urk. 6/13/7-28) beizog. Am 8. März 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine bidisziplinäre (Rheumatologie und Psychiatrie) Begutachtung erforderlich sei (Urk. 6/22). Mit Schreiben vom 14. März 2013 ersuchte die Versicherte die IV Stelle um Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (Urk. 6/23). Gleichtags teilte sie mit, dass sie eine berufliche Integration wünsche, und bat um einen Termin bei der Eingliederungsberatung (Urk. 6/29); dies, nachdem das Y.\_\_\_\_ anfangs März (nach einem weiteren erfolglosen Arbeitsversuch) das Arbeitsverhältnis per Ende Juni 2013 aufgelöst hatte (Urk. 1, Urk. 6/20/2 und Urk. 6/68). Die IV-Stelle gab bei der MEDAS A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Medas) eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Otorhinolaryngologie [ORL]) in Auftrag (Urk. 6/25). Am 4. Juni 2013 teilte sie der Versicherten mit, dass derzeit aufgrund der instabilen gesundheitlichen Situation kein Eingliederungsauftrag angezeigt sei. Nach Vorliegen des Gutachtens könnten berufliche Massnahmen geprüft werden (Urk. 6/31). In der Folge zog die IV-Stelle die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/38-39), darunter auch das von dieser eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für

Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. April 2013, (Urk.

6/39/2-16) bei. Das polydisziplinäre Gutachten wurde am 4. Oktober 2013 erstattet (Urk. 6/46; vgl.

auch die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 12. November 2013, Urk. 6/48). Am 18. Januar 2014 nahm Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zur von den Medas-Gutachtern empfohlenen längeren vollstationären Spitalbehandlung Stellung (Urk. 6/51; vgl. Urk. 6/50). Mit Schreiben vom 27. Juni 2014 wurde die Versicherte – unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht – dazu

aufgefordert, sich in eine mehrmonatige stationäre psychiatrische Behandlung zu begeben ( Urk. 6/58). Mit Vorbescheid vom gleichen Tag stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 6/60). Mit Eingabe vom 8. August 2014 stellte sich die Versicherte gegen die Auferlegung der Schadenminderungspflicht ( Urk. 6/66). Sodann erhob sie am 1. September 2014 Einwand gegen den Vorbescheid vom 27. Juni 2014 ( Urk. 6/69). Die IV Stelle teilte der Versicherten mit Schreiben vom 23. Januar 2015 mit, dass ihr Gesundheitszustand gemäss der medizinischen Einschätzung mit einer ambulanten Rehabilitation über einen Zeitraum von mehreren Wochen verbessert werden könne, und forderte sie dazu auf, ihr mitzuteilen, bei welchem Arzt oder welcher Ärztin sie diese Massnahme durchführen werde ( Urk.

### **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). 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. 1.2.1**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden ( BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342 ) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl.

BGE 130 V 352, BGE

131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2). 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).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.2**

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. 1.2.3**

). Solche finden sich insbesondere auch nicht im Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013. So stellten die Gutachter der Medas darin im Rahmen der Gesamtbeurteilung einerseits fest, dass im sozialen Bereich verschiedene Faktoren vorlägen, die der Genesung und einer Eingliederung in die Arbeitswelt entgegenwirkten (Urk. 6/46/30); dementsprechend empfahlen sie zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unter anderem auch sozialtherapeutische Massnahmen (Urk. 6/46/51 und Urk. 6/48; vgl. auch das Verlaufsgutachten der Medas

vom 9. Februar 2017, Urk. 6/111/24 und Urk. 6/111/57). Andererseits erklärten sie aber, dass die von ihnen attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit «auf psychische und somatische Leiden mit Krankheitswert» zurückzuführen sei (Urk. 6/46/31; vgl. auch Urk. 6/111/23). Zudem liegt auch keine schlüssige fachärztliche Stellungnahme zu den von Dr. G.\_\_\_\_

beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten

der Beschwerdeführerin (vgl. E. 6.4.1) vor. Unter diesen Umständen lässt sich weder die Kategorie «funktioneller Schweregrad» noch die Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) abschliessend beurteilen. 6.5

Es ergibt sich so mit, dass die vorliegenden Akten keine zuverlässige Beurteilung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ab April 2013 sowie im weiteren Verlauf anhand

der Standardindikatoren erlauben . Insbesondere stellt nach dem Gesagten auch das Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 keine zureichende medizinische Entscheidungsgrundlage dar , zumal aufgrund der darin sowie in der ergänzenden Stellungnahme vom 12. November 2013 ( Urk. 6/48 /1 ) gemachten Ausführungen der Eindruck besteht, dass sich die Gutachter der Medas

bei ihrer Beurteilung der psychisch bedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell leiten liessen . Dieses ist jedoch – entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung ( Urk. 1 S. 9 Ziffer 27 ) – aus rechtlicher Sicht nicht massgebend (vgl. BGE 143 V 418 E. 6).

### **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. 1.4.1**

). 5. 5.1

In somatischer Hinsicht wurde im Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 und in der Folge auch im Verlaufsgutachten vom 9.

Februar

2017

nachvollziehbar dargelegt, dass sich aus internistischer und HNO ärztlicher Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit stellen lassen . 5.2 5.2.1

Der rheumatologische Gutachter der Medas , Dr. med.

E.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie , führte im rheumatologischen Teilgutachten vom 17. September 2013 (Urk.

6/46/59-64)

zu den Auswirkungen der von ihm gestellten - im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommene n (vgl. E.3.2 ) - Diagnosen einer Supraspinatus sehnen-Teilruptur Schulter rechts bei/mit myofaszialem Schmerzsyndrom Schultergürtel rechts sowie eines chronifizierten panvertebralen Schmerzsyndroms, vorwiegend bedingt durch Fehllhaltung, Dekonditionierung und myofasiales Schmerzsyndrom auf die Arbeitsfähigkeit aus , dass die Beschwerdeführerin in Anbetracht der

## Rotatorenmanschettenverletzung

für eine Tätigkeit in einem Reinigungsbetrieb nicht mehr arbeitsfähig sei. Theoretisch sollte bei erfolgreicher Operation in einer solchen Tätigkeit und in einer Tätigkeit als Küchenhilfe wieder eine normale resp. uneingeschränkte Tätigkeit möglich sein. Ebenfalls wieder zumutbar sein sollten körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeiten. Die Angaben gälten seit dem Treppensturz im Jahr 2010, bei welchem sich die Beschwerdeführerin wahrscheinlich die Supraspinatussehnenverletzung zugezogen habe. In einer angepassten körperlich nur leicht belastenden Tätigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt eine Arbeit zu 50 % zumutbar. Dies gelte für den Zeitraum drei Monate nach dem Sturzereignis 2010. Die Mehrheit der Patienten sei ab diesem Zeitpunkt in einer nicht belastenden Tätigkeit wieder einsetzbar. Einschränkungen gälten für sämtliche Überkopf-, Hebe- und Tragtätigkeiten (Urk. 6/46/63-64). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter unter dem Titel «Beeinträchtigung (qualitativ und quantitativ) aufgrund der festgestellten Störungen auf der somatischen Ebene»

lediglich

-

fest, dass aufgrund der Schulterverletzung die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsfachfrau oder Küchenhilfe nicht mehr zumutbar sei. Hingegen sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit teilweise

eingeschränkt (Urk. 6/46/30 ; vgl. auch Urk. 6/46/29). 5.2.2

RAD-Arzt Dr. med.

F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, bezeichnete in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2013 die Schlussfolgerungen im Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 als nachvollziehbar. Er bestätigte die gutachterlichen Diagnosen und hielt im Weiteren – lediglich – Folgendes fest: «Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst: Durch das Schulterleiden sind kraftfordernde Tätigkeiten des rechten Armes nicht möglich. Durch die geistig-seelischen Symptome resultieren Einschränkungen (u.a. Müdigkeit, Traurigkeit, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörung), welche die AF ggw. vollumfänglich einschränken. Belastungsprofil: Entfällt. AUF in bisheriger Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst: seit 06/2011: 100%. AUF in angepasster Tätigkeit gemäss Belastungsprofil: seit 06/2011: 100% » (Urk. 6/70/4-5).

### 5.2.3

Die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ im rheumatologischen Teilgutachten vom 17. September 2013, wonach die Beschwerdeführerin aus (rein) rheumatologischer Sicht seit dem Treppensturz im Jahr 2010 auch in einer körperlich nur leicht belastenden Tätigkeit (ohne Überkopf-, Hebe- und Tragtätigkeiten)

– bloss – zu 50 % arbeitsfähig gewesen sein soll, leuchtet mit Blick auf die von ihm erhobenen Befunde und die von ihm festgestellte Symptomausweitung (Urk. 6/46/62-64) nicht ohne weiteres ein. Es kann aber nicht einfach darüber hinweggesehen werden, dass die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus somatischer Sicht auch in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung als «teilweise eingeschränkt» bezeichnet wurde. Soweit RAD Arzt Dr. F.\_\_\_\_ die Auffassung vertrat, es hätten damals aus somatischer Sicht nur

qualitative Einschränkungen bestanden, erscheint dies mangels Begründung nicht nachvollziehbar.

Zur – sich aufgrund der Feststellungen im rheumatologischen Teilgutachten vom 17. September 2013 stellenden – Frage nach somatisch bedingten Einschränkungen im Haushalt haben sich weder die Gutachter der Medas noch der RAD geäußert. Eine Haushaltabklärung wurde von der Beschwerdeführerin nicht veranlasst.

Es liegt demnach keine schlüssige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit (Belastungsprofil und Pensum) sowie im Haushalt ab April 2013 vor. 5.3

Die im Verlaufsgutachten der Medas vom 9. Februar 2017

aus somatischer Sicht vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in bis heriger und angepasster Tätigkeit (vgl. E. 4.5.2) ist – zu Recht – nicht umstritten. 5.4

Demnach erweist sich der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht (nur, aber immerhin) im Zeitraum zwischen April 2013 und Ende Dezember 2013 als ergänzungsbedürftig. 6. 6.1

Der psychiatrische Gutachter der Medas, Dr.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten vom 6. September 2013 (Urk. 6/46/36-53) eine mittelgradige depressive Episode, eine «chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) mit somatischen und psychischen Anteilen» sowie eine weitgehend remittierte Somatisierungsstörung im Bereich des Gastrointestinaltraktes. Im Rahmen seiner diagnostischen Beurteilung hielt Dr. G.\_\_\_\_ ausserdem fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin zahlreiche der in ICD-10 F54.4 beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten resp. Phänomene («wie Symptomausweitung, Selbstlimitierung, Malkooperation, Entschädigungshaltung, Dekonditionierung, Schonverhalten, Verharren in der Krankenrolle etc.») gefunden hätten, diese aber der somatoformen Störung zugeordnet würden (Urk. 6/46/49).

Dr. G.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die gegenwärtigen Auswirkungen der diagnostizierten drei psychiatrischen Erkrankungen in ihrer Komorbidität sowie in Betrachtung der Komorbidität mit weiteren körperlichen Belastungen als 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in den bisherigen auch als in (anderen) angepassten Tätigkeiten zu qualifizieren seien. Letztlich sei nicht zu erkennen, warum dies nicht seit Juni 2011 so durchgängig zu beurteilen sei. Dies werde immer wieder bestätigt, durch den behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ und die Gutachterin Dr. Z.\_\_\_\_ im Juli 2012. Diagnose und Befund würden im Wesentlichen auch durch den Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ bestätigt, lediglich die Einschätzung der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit variere.

Dr. G.\_\_\_\_ stellte sodann fest, dass die depressive Symptomatik willentlich nicht überwindbar sei; die Somatisierungsstörung eher, möglicherweise sei deren Überwindbarkeit aber auch im Rahmen der Komorbidität eingeschränkt (Urk. 6/46/51-52). 6.2

Vorwegzunehmen ist, dass die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ in Anwendung der inzwischen überholten Foerster-Kriterien erfolgte, weshalb das Gutachten den bestehenden normativen Vorgaben nicht genügt (vgl. E. 1.2.1). Indessen verlieren gemäss altem Verfahrensstand

eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E.

6 ; Urteil des Bundesgerichts 8C\_309/2018 vom 2. August 2018 E. 5.3.2 ). 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 (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).

Das Wesen des strukturierten Beweisverfahrens besteht darin, anhand eines Kataloges von (Standard-) Indikatoren (vgl. dazu E. 1.2.2 ) das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen ( vgl. E. 1.2.1 ). Der Indikator « Komorbiditäten » im Besonderen ist bedeutsam für die Frage nach potenziell ressourcenhemmenden Faktoren (BGE

141 V 281 E. 4.3.1.3 i. V.m . BGE 143 V 418 ), die Komplexe « Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik) » und « Sozialer Kontext » dafür, inwiefern die versicherte Person über (mobilisierbare) Ressourcen verfügt (BGE 141 V 281 E.

4.3.2 und E. 4.3.3 ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E.

6). Dabei bezieht sich der Komplex « Sozialer Kontext »

ebenfalls auf den funktionellen Schweregrad und bildet einen wesentlichen Teil des Grundgerüsts der Folgenabschätzung (BGE 141 V 281 E. 4.3 ). Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_206/2019 vom 31. Juli 2019 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen ; vgl. auch vorstehend E. 1.2.3 ). 6.3.6.3.1

Dr. Z.\_\_\_\_

war in ihrem – im Auftrag der Pensionskasse der Beschwerdeführerin verfassten – psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2012 ( Urk. 6/13, vgl.

Sachverhalt Ziffer 1) aufgrund der von ihr im Februar 2012 durchgeführten Untersuchung zum Schluss gelangt, dass die Beschwerdeführerin unter einer ( länger andauernden ) mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie einer somatoformen autonomen Funktionsstörung, mehrere Organe und Systeme, (ICD-10 F45.37) leide und deswegen aktuell in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei . Sie hatte sodann darauf hingewiesen, dass aufgrund seit langer Zeit anhaltender Schmerzen in der Schulter, im Nacken, im Rücken und im rechten Bein anfangs 2012 eine umfangreiche Abklärung bei Dr. H.\_\_\_\_ stattgefunden habe. Gemäss

Dr. H.\_\_\_\_ bestünden auch aus rheumatologischer Sicht Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, sodass eine rheumatologische Beurteilung der Arbeits- bzw. Berufsfähigkeit angezeigt sei ( Urk. 6/ 13) . Dr. B.\_\_\_\_ , welcher die Beschwerdeführerin im Auftrag der Krankentaggeldversicherung im April 2013 ( und damit just im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns )

psychiatrisch begutachtet hatte ( Urk. 6/39, vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1) , stellte fest, dass es laut dem behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ dank der bisherigen Behandlung zu einer Teilremission des Erbrechens gekommen sei; der Schweregrad der somatoformen autonomen Funktionsstörung

sei aktuell als leicht bis mittelgradig einzustufen. Die depressive Symptomatik scheine sich jedoch nicht verbessert zu haben (Urk. 6/39/10) .

Aufgrund der Beschwerden vonseiten der im Schweregrad als mittelgradig zu beurteilenden Depression wie auch der somatoformen Funktionsstörung sei die psychophysische Belastbarkeit als eingeschränkt zu beurteilen . Der Beschwerdeführerin seien die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie eine angepasste Tätigkeit während 4,5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei medizinisch-theoretisch eine 100%ige Leistungsfähigkeit bestehe ( Urk. 6/39) .

Laut Dr. Z.\_\_\_\_ bestanden im Zeitpunkt der von ihr durchgeführten Untersuchung Optimierungsmöglichkeiten in der Pharmakotherapie. Eine begleitende Psychotherapie finde schon statt und sei mit zwei bis drei Konsultationen pro Monat adäquat. Zur optimalen Behandlung des depressiven Zustandsbildes wäre eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik angezeigt ( Urk. 6/13/25-27). Dr. B.\_\_\_\_ hatte aus therapeutischer Sicht die Weiterführung der Gesprächstherapie mit einer etwas intensiveren Sitzungsfrequenz, das heisse mit mindestens einer Sitzung pro Monat empfohlen. Auch die psychopharmakologische Behandlung sei weiterzuführen, wobei die Beschwerdeführerin zu einer besseren Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme resp. zur Medikamenteneinnahme überhaupt motiviert werden sollte ( Urk. 6/39/11-12; die Werte der verordneten Psychopharmaka lagen gemäss der Dr. B.\_\_\_\_ durchgeführten Blutkonzentrationsbestimmung unterhalb des therapeutischen Bereichs, Urk. 6/39/9).

Dr. Z.\_\_\_\_ hatte sodann angegeben, dass invaliditätsfordernde, aber medizinisch fremde Faktoren (schwierige finanzielle Lage der Familie, die Situation des Ehemannes [arbeitsunfähig nach Unfall und ohne oder nur eine Teilrente] und die sehr wahrscheinlich problematische Beziehung zu ihm) vorlägen (Urk. 6/13/27) . Sie wies ausserdem darauf hin, dass die Gesundheit der Beschwerdeführerin bereits seit 2007, nachdem bei ihr ein Tumor diagnostiziert worden sei, angeschlagen sei. Wahrscheinlich habe dies ihre Belastbarkeit und Stress toleranz eingeschränkt ( Urk. 6/13/27-28, vgl. auch Urk. 6/13/25). Laut Dr. B.\_\_\_\_ sind als ursächliche Faktoren der Arbeitsunfähigkeit des Ehemannes, seine daran anschliessende Arbeitsunfähigkeit und die daraus resultierenden finanziellen Schwierigkeiten zu nennen (Urk. 6/39/10) . Dr. B.\_\_\_\_

hatte sodann ebenfalls vermutet, dass möglicherweise erhebliche Probleme in der Beziehung zum Ehemann bestünden , wobei er dazu bemerkte, dass gegebenenfalls krankheitsfremde Faktoren eine wesentliche Rolle spielten (Urk. 6/39/13). 6.3.2

Dr. C.\_\_\_\_ , bei welchem die Beschwerdeführerin seit August 2007 in Behandlung stand, hatte ihr in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 5. Januar 2013 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, (ICD-10 F33.2) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert ( Urk. 6/19/5-6; vgl. auch Urk. 6/38/9-11). Auf Anfrage von Dr. G.\_\_\_\_ hatte er sodann erklärt, dass die Beschwerdeführerin schwer depressiv sei. Sie sei in einer schweren Lebenslage. Sie habe einen brutalen Vater gehabt, sie habe studieren wollen und es nicht können. Nach dem Elektrounfall ihres Mannes habe alles begonnen, irgendwie sei alles vorbei, die Beschwerde

führerin könne nichts mehr machen, der Mann benehme sich unmöglich in der Familie. Sie habe Probleme in der Schulter, alles sei förmlich « zum kotzen »

( Urk. 6/46/37-38). 6.4.6.4.1

Aufgrund der insoweit überzeugenden Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ steht fest, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns (April 2013) sowie im weiteren Verlauf bis zur psychiatrischen Begutachtung in der Medas (September 2013) eine mittelgradige depressive Symptomatik sowie eine leichte bis mittelgradige Somatisierungsstörung bestanden. Dr. G.\_\_\_\_ legte sodann schlüssig dar, dass überdies die Diagnose einer Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) zu stellen sei. Nicht nachvollziehbar ist allerdings seine ( mit keinem Wort begründete) Feststellung, wonach die von ihm festgestellten Verhaltensauffälligkeiten der somatoformen Störung zuzuordnen sind. 6.4.2

Die zumindest seit Februar 2012 (Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_) ausgewiesene mittelgradige depressive Symptomatik und die im Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 dargelegten psychischen und somatischen Komorbiditäten deuten auf einen potentiell erheblichen Schweregrad des psychischen Zustandsbildes im April 2013 hin. Sodann hatte die Beschwerdeführerin -

wie in allen psychiatrischen Gutachten festgestellt -

die Behandlungsmöglichkeiten im April 2013 zwar nicht voll ausgeschöpft. Sie stand aber in diesem Zeitpunkt bereits seit Jahren in (laut Dr. Z.\_\_\_\_ grundsätzlich adäquater) psychiatrischer Behandlung und hatte bis dahin (seit Juni 2011) drei Arbeitsversuche unternommen. Dies deutet auf einen vorhandenen Leidensdruck hin. Das aktenkundige Aktivitätsniveau (Urk. 6/39/6-7 und Urk. 6/46/42-43; vgl. aber auch Urk. 6/46/12) steht der Annahme einer rentenbegründenden Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht entgegen.

Für die vorzunehmende Gesamtbetrachtung anhand der Indikatoren gemäss BGE

141 V 281 (vgl. E. 1.2.2) fehlt es jedoch an schlüssigen fachärztlichen Angaben zu den Ressourcen und der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sowie zur Frage, ob und inwieweit die aktenkundigen psychosozialen Belastungsfaktoren direkt negative Folgen zeitigen, und ob und inwieweit sie die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite behindern (vgl. E.

#### **E. 1.4.2**

Da die Rentenrevision nach

Art.

#### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK

1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

### **E. 1.6**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4; vgl. Urteil des Bundesgericht 9C\_463/2019 vom 25. September 2019). 2.

#### 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrer abweisenden Verfügung im Wesentlichen auf den Standpunkt, die medizinischen Abklärungen hätten bei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit für eine ihrem Ausbildungsstand entsprechende körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten ergeben. Aus psychiatrischer Sicht liege bei wenig ausgeprägten objektivierbaren Befunden ein psychisches Leiden leichten Schweregrades vor, welches behandelbar sei. Die Beschwerdeführerin verfüge über ein gutes familiäres Umfeld. Die Therapieoptionen seien nicht ausgenutzt, eine Therapieresistenz liege nicht vor. Im Sinne des Gesetzes liege somit keine Arbeitsunfähigkeit vor. Die von der Beschwerdeführerin genannten Beschwerden seien nicht als invalidisierend im Rechtssinne zu betrachten (Urk. 2 S. 2). 2.3

Dahingegen führte die Beschwerdeführerin

zusammengefasst aus, eine erhebliche Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit sei gestützt auf die Aktenlage ausgewiesen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin würden die Gutachter sehr wohl erhebliche diagnoserelevante Befunde einer mittelgradigen Depression beschreiben und mit diesen Befunden überzeugend eine Einschränkung von 50 % im Beruf begründen (Urk. 1 S. 20). Eine engmaschige Therapie habe aus Gründen, auf welche sie keinen Einfluss habe, nicht durchgeführt werden können (Urk. 1 S. 8, Urk. 1 S. 23-24). Der soziale Rückzug sei manifest und aktenkundig (Urk. 1 S. 8, Urk. 1 S. 22-23).

Der Stellenwert der familiären Ressource sei ganz klar erheblich zu relativieren ( Urk. 1 S. 24-25). Darüber hinaus gebe die Beschwerdegegnerin unvollständig Rechenschaft darüber, dass aufgrund ihres Schulterschadens, des Tinnitus, der leichtgradigen Schwerhörigkeit, des gelegentlichen Drehschwindels, der Chondropathia

femoralis

Knien links, des Schmerzsyndroms LWS sowie des psychisch bedingten Erbrechen eine erhebliche Komorbidität vorliegen würde (Urk. 1 S. 25). 3. 3.1

Im Medas -Gutachten vom 4. Oktober 2013 wurden die bis zur Begutachtung im August/September 2013 und im Medas -Gutachten vom 9. Februar 2017 die bis zur Begutachtung im Oktober 2016 aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst ( Urk. 6/46/2-15 und Urk. 6/111/2-11), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.2

Im Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 hielten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 6/46/24): - Unvollständig remittierte depressive Störung, aktuell auf dem Niveau einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F 33.1), bestehend seit spätestens Juni 2011 - Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) bestehend seit spätestens Juni 2011 - gastrointestinale Dysfunktion (ICD-10 F 45.31) - Supraspinatus sehnenteilruptur Schulter rechts, bestehend seit 2010, mit/bei - myofaszialem Begleitsyndrom Schultergürtel rechts - Chronifizierte spanvertebrales Schmerzsyndrom, bestehend seit mehr als 5 Jahren, mit/bei - Fehlhaltung, Dekonditionierung - myofaszialem Begleitsyndrom Daneben notierten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/46/25): - Glomus tympanicus Typ A rechts (ICD-10 D 44.7) - Status nach retroaurikulärer Entfernung mit temporärer Entfernung des Incus und Rekonstruktion mit Incusinterposition rechts am 1. März 2007 - Tinnitus rechts (ICD-10 H 93.1) - Leichtgradige Schalleitungsschwerhörigkeit rechts (H 90.1)

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, dass r h eumatologisch beurteilt die Bildgebungen der HWS und der LWS einen altersentsprechenden Befund zeigten. An der HWS sei eine Streckhaltung und eine Diskopathie HWK5/6 sowie HWK6/7 dokumentiert. Hinweise auf eine Neurokompression bestünden weder auf der Bildgebung noch aufgrund der klinischen Untersuchung. Bei der klinischen Untersuchung falle eine Hyperkyphose der BWS auf sowie eine allgemeine Muskelhypotrophie. Die Nacken- und LWS Beschwerden seien erklärbar mit einer Fehlhaltung und Dekonditionierung. Im Bereich des Nackens und der BWS wie auch im Bereich der Schultern finde sich ein ausgeprägtes myofaszielles Schmerzsyndrom. Im Bereich der rechten Schulter bestehe eine Rotatorenmanschettenverletzung, welche die Kraftminderung im Bereich des rechten Armes zu erklären vermöge. Jedoch nicht erklärbar seien die aktuell stark ausgeprägten Ruheschmerzen in einer Ausprägung auf einer VAS-Skala mit 8 von 10

Punkten. Aufgrund der ausgedehnten Beschwerden bestünden Hinweise auf eine Symptomausweitung. Die Schulteroperation sollte die Rotatorenmanschettenverletzung verbessern können. In Anbetracht dieser Verletzung und der geplanten Operation Ende September 2013 sei die Beschwerdeführerin für eine Tätigkeit im Reinigungsdienst zum

jetzigen Zeitpunkt nicht arbeitsfähig. Dies gelte seit dem Sturzereignis im Jahr 2010. Bei normalem Verlauf sollte sechs Monate nach der Operation wieder eine normale Arbeitstätigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich sein. Allerdings müsste dann eine Neubegutachtung erfolgen. In einer angepassten körperlich nur leicht belastenden Tätigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt eine Arbeit zu 50 % zumutbar. Dies gelte für den Zeitraum drei Monate ab Sturzereignis bis heute. Auch in einer angepassten Verweistätigkeit sollte nach dem operativen Eingriff wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein (Urk. 6/46/28-29).

Im Rahmen der HNO-Begutachtung zeige sich ein erfreuliches Resultat nach Exzision eines Glomus

tympanicus Typ A rechts. Die klinischen und radiologischen Untersuchungen zeigten keinen Hinweis auf ein Rezidiv des Tumors. Das Hörvermögen sei gut, wenn auch rechtsseitig eine leichtgradige tiefenbetonte Schallleitungsschwerhörigkeit vorliege. Es bestehe ein persistierender Rausch tinnitus, welcher teils auch pulsatil wahrgenommen werde. Dieser könne nur als teilweise kompensiert beurteilt werden, da er vor allem abends und nachts doch erheblich störe. Allerdings dürften sich Depression, Tinnitus und Schmerzen auch gegenseitig negativ beeinflussen. Bei den Schwindelbeschwerden dürfte es sich nicht um Folgen der Ohroperation handeln. Es stelle sich die Frage, ob diese Beschwerden nicht eher mit der Depression in Zusammenhang stünden. Die subjektiven Beschwerden seien jedenfalls sehr hoch. Aus rein HNO-ärztlicher Sicht ergebe sich aufgrund der HNO-Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den früheren Tätigkeiten als Küchenhilfe und als Mitarbeiterin im Hausdienst des Y.\_\_\_\_ (Urk. 6/46/29).

Aus rein internistischer Sicht bestünden zum jetzigen Zeitpunkt keine Einschränkungen oder Krankheiten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Urk. 6/46/29).

Die psychiatrische Synthese aus den Akten, der Anamnese und der eigenen Untersuchung habe bei der Beschwerdeführerin zur Diagnose einer unvollständig remittierten depressiven Störung, gegenwärtig verbleibend auf dem Niveau einer mittelgradigen depressiven Störung geführt. Es lasse sich bei der Versicherten auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren beschreiben. Es seien also nicht ursächlich psychische Faktoren, die den Schmerz generierten. Es seien jedoch psychische Faktoren vorhanden, die eine wesentliche Rolle spielten für den Schweregrad, Exazerbation und Aufrechterhaltung der Beschwerden. Hinzu komme eine weitere Somatisierung in Folge von rezidiierendem Erbrechen, die allerdings in den letzten Wochen und Monaten regredient sei. Diese Störung sei einer somatoformen autonomen Funktionsstörung gleichzusetzen. Im gegenwärtigen Zustand sei die Anpassung an Regeln und Routinen leicht eingeschränkt. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben sei deutlich eingeschränkt, auch die Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit sei eingeschränkt. Zum jetzigen Zeitpunkt sei keine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft gegeben, allenfalls nur im Sinne einer stufenweise zu steigernden Tätigkeit, geschützt und einfach strukturiert. Die depressive Symptomatik sei nicht willentlich direkt beeinflussbar. Willentlich beeinflussbar sei aber die Inanspruchnahme von therapeutischen Massnahmen, eine verbesserte Pharmakotherapie etwa herstellbar im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, der länger dauere als einen Tag oder eine Nacht, gefolgt von einem längerfristigen tagesklinischen Aufenthalt mit soziotherapeutischen Elementen und einem Arbeiten im geschützten Bereich. Die Beschwerdeführerin sei zum jetzigen Zeitpunkt keinem Arbeitgeber zumutbar (Urk. 6/46/30).

Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr bestehe spätestens seit Juni 2011, das heisse seit dem Zeitpunkt, als die Beschwerde führerin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit sei seither unverändert geblieben. Das heisse, es bestehe seit Juni 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die bisherigen Tätigkeiten wie auch für angepasste Verweistätigkeiten. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinisch zumutbare therapeutische Massnahmen verbessert werden. Geplant sei eine Schulteroperation Ende September 2013. Von psychiatrischer Seite her sei eine stationäre psychiatrische Behandlung indiziert. Dabei müsse die Compliance der Pharmakotherapie mittels regelmässigen Serumspiegeln überprüft werden. Eine solche Massnahme sei der Beschwerdeführerin zumutbar und könne ihr als Schadenminderung auferlegt werden. (Urk. 6/46/31 - 33; vgl. auch die ergänzende Stellungnahme vom 12. November 2013, Urk. 6/48). 3.3

#### Im Verlaufsgutachten

vom 9. Februar 2017 hielten die Gutachter der Medafol folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 6/111/25): - Chronische Frozen-Shoulder rechts - myofasziales Begleitsyndrom - insuffiziente Skapulafixation (ICD-10 M 75.0) - Depressive Störung, unvollständig remittiert, leicht- bis mittelgradig

( ICD 10 F 32.1 ) Daneben notierten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/111/25): - Leichtgradiges lumbosakrales Schmerzsyndrom - Chondropathia

femoralis Knie links - März 2007 operierter Glomus

tympanicus Typ A rechts, - Tinnitus, teilweise kompensiert - leichtgradige Schalleitungsschwerhörigkeit rechts

Bei der internistischen Erstuntersuchung hätten unverändert Schulterschmerzen rechts und eine depressive Symptomatik im Vordergrund gestanden, eindrucksmässig beides vom selben Schweregrad wie bei der Begutachtung 2013. Neu sei über einen Kniegelenkschmerz links geklagt worden, ein MRI von August 2015 habe keinen relevanten Befund gezeigt. Objektiv habe sich eine eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk gezeigt, an der LWS und den Kniegelenken hätten sich keine wesentlichen Befunde und keine Ausprägungen gezeigt (Urk. 6/111/21).

Auch bei der rheumatologischen Untersuchung seien Schmerzen und Einschränkungen der rechten Schulter im Vordergrund gestanden.

Objektiv hätten sich Funktionseinschränkungen an der rechten Schulter, mangelnde muskuläre Fixation der Schulterblätter und Weichteildruckschmerzen an allen Muskeln des Schultergürtels ergeben. Es bestünden keine wesentliche Kraftminderung an Schultern, Armen und Händen und keine neurologischen Defizite. Aus rheumatologischer Sicht habe weiterhin eine nicht vollständig ausgeheilte Frozen-Shoulder mit Verschlechterung im Vergleich zur Vorbegutachtung 2013 und auch zum orthopädischen Konsil von Februar 2016 bestanden. Vom lumbovertebralen Schmerzsyndrom und den

Beschwerden im linken Knie gingen aus Sicht des Rheumatologen keine wesentlichen Einschränkungen aus. Die zurzeit praktizierte Tätigkeit

zu 50 % als Reinigungskraft sei grenzwertig zumutbar. Für angepasste Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/111/21-22).

Die HNO-ärztliche Untersuchung habe einen guten Zustand nach operativer Entfernung eines Glomus

tympanicus rechts im Jahre 2007 ergeben. Residuell hätten eine leichtgradige Schalleitungsschwerhörigkeit rechts, ein teilkompensierter Rausch-Tinnitus und eine Schwindelsymptomatik nicht organischer Ursache bestanden. Aus den leichtgradigen Beeinträchtigungen durch die Beschwerden habe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus HNO-ärztlicher Sicht ergeben (Urk. 6/111/22).

Die psychiatrische Untersuchung habe eine von der Beschwerdeführerin nur vage beschreibbare psychische Symptomatik mit Stimmungsveränderungen zum depressiven Pol, sozialem Rückzug, Unwohlsein unter vielen Menschen und in öffentlichen Verkehrsmitteln ergeben. Belastungen insbesondere im Rahmen der Ehe seien im Gegensatz zu früher negiert worden. Insgesamt habe sich aus psychiatrischer Sicht ein Bild einer nach wie vor nicht vollständig remittierten depressiven Störung ergeben. Im Vergleich zur Voruntersuchung 2013 seien bei der psychiatrischen Exploration die Schmerzproblematik und die Somatisierungssymptome in den Hintergrund getreten. Insgesamt habe sich der psychische Befund gebessert. Insofern habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung auch die Arbeitsfähigkeit gebessert, aktuell sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen wie sie auch von der Beschwerdeführerin praktiziert werde. Aus psychiatrischer Sicht bestünden noch weitere Therapieoptionen, so dass langfristig auch eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht möglich wäre (Urk. 6/111/22).

In der bisherigen und aktuellen Tätigkeit bestehe ein Restleistungsvermögen von maximal 50 %, das heisse eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Dies gelte ab 3 Monaten postoperativ, somit

ab Anfang 2014. In einer der körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ohne schwere Arbeiten, ohne Heben, Tragen oder Überkopfarbeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % aus somatischer Perspektive. Aktuell bestehe eine noch 50 % ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen, überwiegend wahrscheinlich zu bessern durch Aus schöpfung aller Therapieoptionen. In welcher Zeit und in welchem Ausmass diese Verbesserung erreicht werden könne, sei nicht verlässlich vorausszusagen (Urk. 6/111/28). 4. 4.1

Gemäss Aktenlage war die Beschwerdeführerin ab Juli 2009 bis zur Krank schrei bung im Juni 2011 zu 80 % beim Y.\_\_\_\_ als Mitarbeiterin Hausdie nst angestellt (Urk. 6/10). Anlässlich des Standortgesp rächs vom 23. Oktober 2012 gab sie an, sie würde wohl auch bei guter Gesundheit nicht zu 100 % arbeiten (Urk. 6/52/2). Angaben, die auf ein höheres als ein 80%iges Pensum im Gesundheitsfall schliessen lassen würden, sind nicht aktenk undig. Namentlich wurden solche von der Beschwerdeführerin auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nicht vorgebracht (Urk. 1 und Prot. S. 3ff.). Es ist demnach – mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/122/9) – davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeit raum zwischen April 2013 (möglicher Rentenbeginn) und Mai 2018 (Erlass der angefochtenen Verfügung) zu 80 % im Erwerb sbereich und zu 20 % im Haushalt tätig gewesen wäre. 4.2

Die Beschwerdeführerin hat sich im Oktober 2012 zum Leistungsbezug angemeldet ( Urk. 6/1 ). Ein Rentenanspruch kann demnach im April 2013 entstanden sein ( Art. 29 Abs. 1 IVG ).

4.3

Die

Beschwerdegegnerin verweist in der – einen Rentenanspruch verneinenden – Verfügung vom 18. Mai 2018 in medizinischer Hinsicht zunächst ( Urk. 2 S. 1 ) auf die Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 und vom 9. Februar 2017 ( vgl. E. 3.2 und E. 3.3 ).

Diese Gutachten beruhen auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (interdisziplinär, HNO-ärztlich, rheumatologisch und psychiatrisch) und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, nachvollziehbare Diagnosen gestellt und auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt. 4.4

Gemäss der insoweit nicht in Frage zu stellenden Beurteilung im Medas -Gutachten vom 4. Oktober 2013 war die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns (April 2013) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bereits seit über einem Jahr zu 100 % arbeitsunfähig. Demnach war in diesem Zeitpunkt das Wartejahr gemäss

Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG jedenfalls erfüllt.

Die Beschwerdegegnerin bezog sich im Rahmen der Begründung der angefochtenen Verfügung einzig auf die Feststellungen und Einschätzungen im Verlaufsgutachten der Medas

vom 9. Februar 2017 ( Urk. 2 S. 2 ). Gemäss diesem Gutachten haben sich jedoch der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung im August/September 2013 in somatischer Hinsicht ab anfangs 2014 und in psychischer Hinsicht ab anfangs 2015 verbessert.

Die Beschwerdegegnerin hätte – angesichts der im Verlaufsgutachten dargelegten Verbesserung der somatischen und psychischen Befundlage und da gemäss (geänderter Rechtsprechung) die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern vermag (BGE 143 V 409 E. 4.2.2) – zunächst anhand der Diagnosen, Befunde und weiteren Feststellungen im Gutachten der Medas vom 4. Oktober 2013 prüfen müssen, ob die Beschwerdeführerin im April 2013 sowie im weiteren Verlauf je zu mindestens 40 % invalid ( Art. 8 ATSG ) war oder nicht (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG; vgl. E. 1.3 und E.

## E. 6

/72, vgl. Urk. 6/122/3 ). Mit Schreiben vom 27. Februar 2015 ersuchte die Versicherte die IV-Stelle unter Hinweis darauf, dass sie weiterhin regelmässig Physio- und Psychotherapie erhalte und seit rund zwei Monaten (seit 15.

Dezember 2014 zunächst befristet bis Ende April 2015, Urk. 6/78) im Sinne eines Arbeitsversuchs in einem Pensum von 50 % beim Reinigungsdienst des D.\_\_\_\_ arbeite, darum, den Arbeitsversuch zu unterstützen und die Anordnung einer ambulanten Rehabilitation zu sistieren ( Urk. 6/74 ). Am 11. Juni 2015 teilte die Versicherte der IV-Stelle (ihrer Aufforderung entsprechend, vgl. Urk. 6/77) mit, dass sie eine

Vertragsverlängerung als Raumpflegerin beim D.\_\_\_\_ bei einem Pensum von 50 % erhalten habe ( Urk. 6/80-81). Am 7. Juli 2015 ersuchte sie sodann um Durchführung einer Verlaufsbeurteilung (Urk. 6/83). Nach weiteren medizinischen Abklärungen wurde die Versicherte im Oktober 2016 in der Medas erneut polydisziplinär beurteilt (Verlaufsgutachten der Medas vom 9. Februar 201

## **E. 6.2**

und E.

## **E. 6.6**

Die Streitfrage, ob auf die Beurteilung im Medas -Gutachten vom 9. Februar 2017 , wonach seit anfangs 2015 aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit besteht , abgestellt werden kann oder nicht ( vgl. E. 2; vgl. Urk. 1 , Urk. 16 und Prot. S. 3ff. mit Verweis auf die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Dezember 2018 und vom 3. Mai 2019 [ Urk. 9/2-3] ) , ist nach dem Gesagten (vgl. E. 1. 4.2 ) und aufgrund der nachfolgenden Erwägung offen zu lassen. 7 .

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilt werden kann, ob im April 2013 ein Anspruch auf eine Rente entstanden ist oder nicht. In somatischer Hinsicht fehlt es insbesondere an einer schlüssigen fachärztlichen (rheumatologischen) Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit (Belastungsprofil, Pensum) im Zeitraum zwischen April 2013 und Ende Dezember 2013 (vgl. E. 5 ) , in psychischer Hinsicht an einer den Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Stellungnahmen (vgl. E. 1.5 und BGE 145 V 361 mit Hinweisen [bezüglich der sich aus BGE 141 V 281 ergebenden Anforderungen]) genügenden psychiatrischen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit April 2013 (vgl. E. 6 ) . Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie zunächst die medizinische und erwerbliche Aktenlage aktualisiere und hernach die besagten (fehlenden) fachärztlichen (rheumatologischen und psychiatrischen) Beurteilungen einhole . Je nach dem Ergebnis der ergänzenden medizinischen Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin anschliessend eine Haushaltabklärung durchzuführen. Danach hat sie über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab April 2013 neu zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen . 8 . 8 .1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2). 8 .2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8 .3

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat gemäss § 34 Abs. 1 GSVG er

in Verbindung mit Art. 61 lit . g ATSG Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten. Daher ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Prozessent

schädigung zu bezahlen, die bei praxis gemässigem Stundensatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwerts teuer) ermessensweise auf Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 30. Mai 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfüge . 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. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mit tel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKübler

## **E. 7**

, Urk. 6/111). Am 23. August 2017 wurde ein Wahrnehmungsbericht erstellt (Urk.

6/115). Am 1. September 2017 wurde der Versicherten Frist angesetzt, um zu den Ergebnissen der im Rahmen des Einwandverfahrens getätigten Abklärungen Stellung zu nehmen ( Urk. 6/116). In den betreffenden Stellungnahmen ersuchte die Versicherte darum, den Wahrnehmungsbericht aus dem Dossier zu entfernen (Urk. 6/117 und Urk. 6/119). Mit neuem (denjenigen vom 2 7. Juni 2014 ersetzendem) Vorbescheid vom 28.

Februar 2018 stellte die IV Stelle der Versicherten wiederum die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 6/123), wogegen die Versicherte am 13. April 2018 vorsorglich ( Urk. 6/125) und am 2 2. Mai 2018 begründet (Urk. 6/127) Einwand erhob. Mit Verfügung vom 3 0. Mai 2018 wies die IV Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk.

2 = Urk. 6/130). 2.

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 28. Juni 2018 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 30. Mai 2018 sei aufzuheben und es sei ihr mindestens eine halbe Rente

auszurichten. Zudem beantragte sie, es sei der nachzureichende Bericht des behandelnden Psychiaters zu den Akten zu nehmen. Ausserdem seien dem psychiatrischen Gutachter der Abklärungsstelle durch das Gericht ergänzende versicherungsmedizinische Fragen « zu Krankheitseinsicht, allfällig krankheitsbedingtem Unvermögen, über familiäre Belange zu sprechen, und Therapiefähigkeit im stationären Setting » vorzulegen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin

um Durchführung einer öffentlichen, mündlichen Verhandlung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. August 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten Urk. 6/1-131), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. September 2018 angezeigt wurde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 10. Mai 2019 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein (Urk. 8 und Urk. 9/1-3). Am 16. Mai 2019 wurden die sie der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 10). Am 25. September 201

#### **E. 9**

wurde eine öffentliche Verhandlung durchgeführt (vgl. Protokoll [Prot.] S. 3ff.). Die Beschwerdegegnerin, welcher das Erscheinen freigestellt worden war (Urk. 12), blieb der Verhandlung, wie von ihr angekündigt (Urk.

#### **E. 14**

), fern. Am 11. Oktober 2019 (Urk. 19) wurde den Parteien eine Kopie des Protokolls der Verhandlung (Urk. 18) zugestellt, der Beschwerdegegnerin unter Beilage

je einer Kopie

der Plädoyernotizen von Fürsprecher Frank Goecke (Urk. 16) sowie der von ihm ins Recht gelegten Unterlagen (Urk. 17). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:  
1.

#### **E. 17**

Abs. 1 ATSG eine Änderung in medizinischer oder erwerblicher Hinsicht voraussetzt, kann die Rente für eine folgende Teilperiode nicht endgültig festgelegt werden, solange sie für die vorangehende Teilperiode nicht rechtskräftig beurteilt ist. Im Lichte der Einheit des Rentenverhältnisses (BGE 125 V 413) ist daher grundsätzlich davon abzusehen, eine spätere Periode materiell zu beurteilen, solange in Bezug auf einen vorangehenden Anspruchszeitraum die Sache noch zu näheren Abklärungen zurückgewiesen wird (Urteil des Bundesgerichts 8C\_530/2010 vom 24. Januar 2011 E.

3.3 mit weiterem Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_554/2018 vom 1. Januar 2019 E. 1.3.1).

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