

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00008 vom 8. Oktober 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00008 du 8 octobre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00008 del 8 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1.1

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des

analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

E. 1.5

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)

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Die Personalvorsorgestiftung X.____

erhob am 6. Januar 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. November 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur neuen Prüfung der Leistungspflicht an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Versicherte in ihrer Tätigkeit als Executive Assistant zu 50 % eingeschränkt sei, was einen Invaliditätsgrad von 50 %

begründe. Aufgrund der Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sei ihr ab November 2018 keine Tätigkeit mehr zumutbar, was einen Invaliditätsgrad von 100 % begründe (Begründungsteil S. 1 Mitte).

Es sei eine eingehende medizinische Untersuchung durchgeführt worden. Der Schweregrad sei ausgewiesen. Eine reine Optimierung der Behandlung begründe keine Abweisung (Begründungsteil S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), entgegen der Beschwerdegegnerin habe die Versicherte bis heute noch nicht jede Therapie ausprobiert. Vielmehr weigere sie sich trotz massiven geklagten Beschwerden und Einschränkungen, eine stationäre Behandlung durchzuführen, mache geltend, dass dies wegen der Aufgaben in der Familie beziehungsweise wegen der Kinder nicht möglich sei. Entweder sei die Versicherte also sehr eingeschränkt und entsprechend ihrer Familie im Alltag auch keine grosse Hilfe, oder sie sei nicht so eingeschränkt, wie sie angebe, und dann liege sehr wahrscheinlich auch keine volle Invalidität vor (Ziff. C).

Bedauerlicherweise habe die Beschwerdegegnerin seit November 2018 keinen Arztbericht mehr eingeholt und könne deshalb auch nicht wissen, wie es der Versicherten gehe oder ob sie noch in Behandlung stehe. Nachdem die Beschwerdegegnerin die Versicherte anfänglich gleich zwei Mal extern begutachten lassen, sei nicht nachvollziehbar, warum die Zusprache einer Invalidenrente beziehungsweise eine Erhöhung der Invalidenrente ab Februar 2019 jetzt einfach ohne medizinische Beurteilung erfolgt sei. Soweit ein früheres Gutachten mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst habe, seien nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung neue Abklärungen unabdingbar. Würde die Beschwerdegegnerin somit davon ausgehen, dass die beiden Gutachten noch hinreichend aktuell seien, so dürfte höchstens eine halbe Rente gewährt werden. Für die Zusprache einer (ganzen) Invalidenrente müsse unbedingt eine passende medizinische Beurteilung mit einem strukturierten Beweisverfahren vorgenommen werden (Ziff. C). 2. 3

Unbestritten ist vorliegend die Beschwerdelegitimation (Art. 59 ATSG) der Beschwerdeführerin als Vorsorgeeinrichtung, welche sich aus der Bindungswirkung des vorliegend zu fällenden Entscheids ergibt,

nachdem ihr die angefochtene Verfügung vom 13. November 2019 (Urk. 2) eröffnet worden ist (vgl. BGE 132 V 1 E. 3.2 und BGE 143 V 434 E. 2.2).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist vorliegend der Rentenanspruch der Versicherten und die Frage, ob der medizinische Sachverhalt durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Gemäss Schadenmeldung UVG vom 8. April 2014 (Urk. 7/6/132 = Urk. 3/4) habe die Versicherte am 28. März 2014, als sie ihre vierjährige Tochter zur Toilette habe bringen

woll e n , bei deren Betreten eine Stufe übersehen und sei mit dem Kopf und Rücken auf einen Handtuchspender an der Wand gestürzt. Da sie ihre Tochter auf dem Arm gehalten und diese vor dem Aufprall habe schützen wollen, habe sie sich nicht abstützen können und sei mit voller Gewichtsbelastung gefallen (Ziff. 6). 3.2

Die Ärzte des Instituts F.____ führten im Bericht zur Magnetresonanztomographie (MRI) der Halswirbelsäule (HWS) vom 10. April 2014 (Urk. 7/6/122 = Urk. 7/6/74 = Urk. 7/17/15 = Urk. 3/6) aus, es lägen ein Reiz ödem in den Pedikeln links des zweiten und dritten Halswirbelkörpers (HWK 2/3) und diskrete degenerative Veränderungen der HWS mit leichten Osteochondrosen ohne Nachweis einer spinalen oder foraminale Enge vor. 3.3

Die Chiropraktorin Dr. G.____ nannte im Bericht vom 21.

Oktober

2014 (Urk. 7/6/30) folgende Diagnosen: - akutes thorakales und cervikozepales Syndrom - Status nach HWS-Distorsion vom 28. März 2014

Subjektiv bestünden starke Schmerzen im Nacken und Kopf, gelegentlich auch im gesamten Schultergürtel, eine fehlende Belastbarkeit und grosse Müdigkeit. Es bestehe kein eindeutiges Korrelat zwischen den objektiven und subjektiven Befunden. Es dominiere eine ausgebreitete Schmerzchronifizierung . 3.4

Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 12. April 2015 (Urk. 7/17/ 6-9) folgende Diagnosen (S. 1): - mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.1/F32.3) mit somatischem Syndrom - Panikstörung (F41) mit Übergang in generalisierte Angststörung (F41.1) - unspezifische Essstörung bei Status nach Bulimie in der Jugend (Körper bildstörung) - Status nach Unfall mit Distorsion der HWS und Prellung des Kopfes im April 2014 mit phasenweise starken Nacken- und Kopfschmerzen, Schmerzverarbeitungsstörung

Die ambulante Behandlung finde seit dem 30. August

2014 statt (vgl.

Urk. 7/17/1-5 Ziff. 1.2). Seit dem Unfall leide die Patientin unter Panikanfällen, scheine aber schon vor dem Unfall sehr ängstlich gewesen zu sein, vor allem was die Gesundheit ihrer Kinder betreffe. Es bestehe eine auffällige Persönlichkeit. Vor allem sei der Selbstwert sehr stark an hohe Leistungen gebunden. Sie selber empfinde sich jetzt als völlig wertlos und habe ausgeprägte Schuldgefühle, da sie nicht 100 % arbeite. Diese Persönlichkeitszüge erfüllten die Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht. Dennoch lägen sie vor allem der Angststörung und auch der depressiven Störung zugrunde, verstärkten diese und führten zu einem prolong ierten Verlauf (S. 3 unten). Die Patientin habe sehr hohe Ansprüche an sich selber mit der Tendenz, sich dadurch völlig zu überfordern und zu blockie ren. Im Moment sei sicher klar, dass sie nicht mehr zu 100 % arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit (kurze Leistungsphasen abgewechselt mit der Mög lich keit, sich hinzulegen und auszuruhen) sei sie sicher zu 30 bis 50 % arbeits fähig. Eine Leistungsabklärung sei vorzuziehen, es sei niederschwellig zu be ginn en , so dass die Patientin ein Pen sum erfüllen könne, ohne zu scheitern, denn auf Rückschläge könne sie mit einer totalen Blockade reagieren (S. 4 Mitte).

3.5

Im Bericht vom 19. Juli 2015 (Urk. 7/19/5-7) nannte Dr. H.____ folgende Diagnosen (S. 1):
- rezidivierende depressive Episode (F33) mit momentan leichten depressiven Symptomen
- generalisierte Angststörung F41.1 mit zeitweise Panikanfällen - somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Verdacht auf das Vorliegen einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung F60.6, mit regredientem Verhalten und Rückfall in kindliche Abhängigkeit

Die Patientin komme zuverlässig in die wöchentlich vereinbarten Sitzungen. Es entstehe langsam das Bild einer Frau, welche seit dem frühen Erwachsenenalter unter massiven Ängsten und Selbstunsicherheit gelitten habe. Durch ihren Ehrgeiz habe sie sich selber ständig überfordert. Die chronifizierten Schmerzen seit dem Unfall hätten eine deutliche Funktionalität. Sie schützten die Patientin vor Überforderung und gäben ihr die dringend benötigte Zuwendung der Schwiegereltern, welche sie zuvor niemals gehabt habe. Es bestehe nun doch auch der Verdacht auf das Vorliegen einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, welche sie zuvor mit ihrem Ehrgeiz phasenweise kompensieren können (S. 2 f.). Die Patientin entwickle sich hin zu einer immer grösseren Abhängigkeit (S. 3 Mitte). Im Moment betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (S. 3 unten) 3.6

Im Bericht vom 7. November 2015 (Urk. 7/20/6-8) führte Dr. H.____ aus, in der psychischen Verfassung gebe es ein ständiges Auf und Ab, auch die Leistungsfähigkeit sei entweder 150 % oder 0 % . Es sei keine Konstanz ersichtlich. Auch in der Rückschau habe die Patientin, sicher seit sie vor zirka acht Jahren in die Schweiz gekommen sei, keine konstante Leistungsfähigkeit über längere Zeit aufweisen können (S. 2 Mitte). Im Moment sei sie im freien Arbeitsmarkt sicher zu 100 % arbeitsunfähig. Auch im Haushalt und bei der Kindererziehung sei sie sicher zu 50-70 % eingeschränkt. Auch in diesen Bereichen schwanke die Leistungsfähigkeit sehr stark (S. 2 unten). 3.7

Am 21. Juni 2016 erstatteten Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, Begutachtungsstelle

C.____, ihr interdisziplinäres Gutachten (Urk. 7/34 = Urk. 3/15).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/34/19-31) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 9 Ziff. 5): - rezidivierende depressive Störung - aktuell leichte depressive Episode (F32.0) - generalisierte Angststörung (F41.1) mit kombinierter Panikstörung (F41.3) - chronische Schmerzstörung - mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.4) - ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung - mit emotional instabilen Anteilen (F60.6)

Spontan äussere die Explorandin Ängste, dass die Schmerzen bleiben würden, dass sie unheilbar krank sei. Teilweise lägen katastrophisierende Gedanken vor. Zum Teil entstehe der Eindruck, dass sie ihre Beschwerden andererseits dissimulativ schildere und ihre psychische Problematik nicht wahrhaben wolle. Gleichzeitig zu den dissimulativen Tendenzen bestehe eine Grundüberzeugung von Wertlosigkeit, mit Angst vor Menschen, Schuld und herabgesetztem Selbstwertgefühl mit dem Zwang, hohe Leistungen bringen zu müssen. Sie wirke emotional instabil, was sich auch anhand der emotionalen Schwankungen während der Exploration zeige, wo sie abwechselnd geweint und unvermittelt gelacht habe (S. 8 Ziff. 4.1). Andererseits bestehe ein grosses Ressourcenpotential (S. 10 Ziff. 6.3).

Die Explorandin sei hinsichtlich ihrer Angaben widersprüchlich mit der Tendenz zur Dissimulation, zudem bestünde n widersprüchliche biografische Angaben (S. 11 Ziff. 6.5).

Zuletzt habe die Explorandin in einem Pensum von 100 % eine Tätigkeit als Exe cutive Assistant bei mehreren Firmen ausgeübt mit hohen Anforderungen hin sichtlich des Managements und Verwaltung von Agenden, Organisation von Reisen et cetera . Aktuell sei sie in einer angepassten Tätigkeit ohne solche zeit lichen Anforderungen und Betreuung von komplexen Aufgaben zu 50 % arbeits fähig. Langfristig sei unter günstigem Verlauf eine Arbeitsfähigkeit von 80

% in einem angepassten Umfeld erreichbar (S. 11 f. Ziff. 6.7). 3.8

Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/34/32-42) wurden folgende Diag no sen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 9) - chronisches zervikospondylogenes bis zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseitig (ICD-10 M53.1 respektive M53.0) bei/mit - Erstmanifestation nach Sturz mit Schädelkontusion / HWS-Distorsion im März 2014 - myofasziärer Triggerpunkt-Symptomatik periscapulär - Wirbelsäulen-Fehlhaltung/Haltungsinsuffizienz - klinisch geringem organischem Korrelat - Verdacht auf Symptomausweitung bei psychosozialer Konfliktsituation (Details vgl. psychiatrischer Gutachtensteil)

Rein seitens des Bewegungsapparates sollten alle Tätigkeiten im administrativen Umfeld mit Möglichkeit zu regelmässigen Wechselpositionen ohne schwerere Hebe- und Tragbelastungen und ohne Haltungsmonotonien , nicht längerdauernd rein sitzend, vornübergeneigt stehend oder mit repetitiven Rumpfrotationen oder HWS-belastenden Stereotypen sowie ohne längerdauernden Einsatz der oberen Extremitäten achsenfern oder im Überkopfbereich in einem nahezu vollen Pen sum bewältigt werden können. In einer gemäss diesem Belastungsprofil adap tierten Tätigkeit sei die Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 10 Ziff. 6.1-2). 3.9

Als Schluss f olgerung gemäss bidisziplinärer Konsensbesprechung (Urk. 7/34/ 4-7) ergebe sich aktuell für eine Tätigkeit als Executive Assistant

eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % , soweit dabei Tätigkeiten unter hohem Zeitdruck und mit der Betreuung von komplexen Aufgaben vermieden werden könnten und das Belastungsprofils gemäss rheumatologischem T eilgutachten (vorstehend E. 3.8) beachtet werde . L ängerfristig sei die Arbeitsfähigkeit unter günstigem V erlauf auf 80 % steigerbar. Aus Sicht des Bewegungsapparats gälten diese Angaben zur Arbeitsfähigkeit unverändert seit Juli 2014, aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der teils widersprüchlichen Angaben in der Anamnese der Explorandin und der zur Verfügung stehenden Dokumentation nicht konklusiv möglich, so dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab dem Gutachtens zeit punkt gälten (S. 5 Mitte). Es empfehle sich die Fortsetzung der im Jahr 2014 etab lierten hochfrequenten psychiatrischen Behandlung mit medikamentöser antide pres siver Unterstützung (S. 5 unten). 3.10

In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 10. November 2018 (Urk. 7/37) beant wortete Dr. I. ___ die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfenen Zu satz fragen (vgl. Urk. 7/35).

Dabei führte sie aus, es handle sich bei der chroni schen Schmerzstörung um ein eigenständiges Leiden. Eine genaue Abgrenzung zwischen der Depression und dem Schmerzgeschehen sei schwierig quantifizier bar (S. 1 Mitte). Zur Persönlichkeitsstörung sei zu ergänzen, dass die Explorandin sei t der Jugend affektiv schwankend gewesen sei,

wiederholt den Beruf gewechselt, ein unstabiles Beziehungsmuster aufgewiesen und unter einem gestörten Essverhalten gelitten habe, gleichzeitig habe sie wiederholt zu einer Überforderung sowohl im beruflichen als auch privaten Kontext tendiert (S. 1 unten). Zur Konkretisierung der Angststörung und der Panikattacken sei zu ergänzen, dass die Explorandin immer wieder in panikartige Zustände gerate, weil sie etwa das Gefühl habe, erneut eine Anstellung suchen zu müssen, oder bei der Pflege der Kinder, Haushaltsarbeiten und Terminwahrnehmung. Im Übrigen bestünden die diffuse Ängste hinsichtlich der Zukunftsgestaltung, Alltagsbewältigung und Beziehungsgestaltung zu ihrem Partner (S. 2 oben). 3.11

Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2016 (Urk. 7/76 S. 10) aus, es werde im Gutachten und in der ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 3.7-10) nicht genügend zwischen den Schmerzanteilen einer somatoformen Störung und einer eigenständigen depressiven Störung differenziert. Es sei unklar, woraus die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung abgeleitet werde. Nicht nachvollziehbar sei zudem, dass die psychiatrische Begutachtung per Dolmetscherin in englischer Sprache durchgeführt worden sei, obwohl die Versicherte Portugiesisch als ihre Muttersprache angebe. Es sei anzunehmen, dass die vorliegend besonders wichtige biografische Anamnese dadurch ins Hintertreffen geraten sei.

Es könne nicht empfohlen werden, auf das psychiatrische C.____ - Teilgutachten abzustellen. 3.12

Am 30. August 2017 erstattete Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/48 = Urk. 3/18). Er nannte folgende Diagnosen (S. 21): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.4) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich-selbstunsicheren Anteilen (F61.0) - generalisierte Angststörung mit kombinierter Panikstörung (F41.1, F41.3) - anhaltend depressives Zustandsbild, aktuell leichtgradige Ausprägung (F33.0)

Zum psychopathologischen Untersuchungsbefund hielt er fest (S. 15 f. Ziff. 4), die Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit sei ausreichend gewesen, subjektiv habe die Versicherte jedoch massive kognitive Defizite im Alltag und diesbezüglich eine grosse Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Leistungsfähigkeit beschrieben. Im Untersuchungsgespräch habe sich mit fortgesetzter Untersuchungsdauer und unter forcierter Befragung im Rahmen der zunehmenden affektiven Instabilität ein kognitiver Leistungsabfall unter Dauerbelastung gezeigt. Der Antrieb sei eher herabgesetzt, psychomotorisch sei sie sehr kontrolliert, innere Unruhe vermittelnd, etwas verlangsamt. In der Stimmungslage sei sie zunächst sehr um ein positiv-optimistisches Auftreten bemüht und dabei über weite Strecken kontrollierend-fassadär im Verhalten und in der Kommunikation gewesen, wobei die affektive Modulierbarkeit gegeben sein. Mit zunehmender Untersuchungsdauer habe hinter diesem Deckeffekt eine depressive Grundauslenkung imponiert mit ausgeprägter emotionaler Instabilität, verminderter Belastbarkeit und Stressresistenz. Die Explorandin habe immer wieder emotionale Einbrüche gezeigt, wenn es um den Vergleich zwischen vor und nach dem Unfall 2014 gegangen sei. Diesbezüglich zeige sie ein massives Belastungserleben und könne diese Einbrüche zunehmend nicht kontrollieren, in diesem Zusammenhang würden auch wiederkehrend ohne erkennbaren Auslöser auftretende Panikattacken mit Druckgefühl und

Atemnot berichtet. Ich-strukturell zeige sich eine hohe Vulnerabilität und Fragmentierung, die Explorandin vermittele eine ausgeprägte Identitätsproblematik, zeige sich über weite Strecken sehr reizempfindlich und durchlässig sowie hochvulnerabel im Identitätserleben.

Die Persönlichkeitsstruktur (S. 16 f.) mit emotional instabilen, ängstlich-unsicheren Zügen vermittele ein massives Identitäts- und Persönlichkeitsproblem. Die Versicherte sei durchgängig sehr bemüht, ein positives Bild von sich als leistungsstarke, extrem belastbare Person vor dem Unfall darzustellen und beschreibe ihre Familie, die Vorgeschichte, die aktuelle Situation und die Beziehung zu ihren Verwandten extrem beschönigend. Hinsichtlich der biografischen Angaben handle es sich nicht um ein Verständigungsproblem, sondern sie habe im Rahmen ihrer Pathologie ausgeprägte Abwehrmechanismen aufgebaut, wolle nichts von sich preisgeben und dissimuliere im Kampf um die Wiedererlangung des eigenen ursprünglichen Selbstbildes ständig. Diesbezüglich erlebe sie die aktuell empfundene Leistungsinsuffizienz massiv konfliktuell gegenüber ihrem überhöhten Persönlichkeitsbild vor dem Unfallereignis, welches sie fest als real integriert habe. In diesem Zusammenhang idealisiere sie auch ihre Mutter als grosses Vorbild und verneine entgegen den Angaben in den Akten psychische Vorerkrankungen so wohl bei dieser als auch bei sich selber. Es fänden sich deutliche Hinweise für eine erhebliche richtungsgebende Mitausgestaltung des Schmerzsyndroms im Rahmen der innerpsychischen Konfliktdynamik aufgrund des verloren erlebten idealisierten Selbstbildes sowie dafür, dass die dargestellte Psychodynamik und Persönlichkeitspathologie in grossen Teilen bewusstseinsfern abliefen.

Es müsse mindestens ein massiv vorlabilisiertes innerpsychisch-persönlichkeitsstrukturelles Gleichgewicht im Rahmen einer mindestens mit erhöhter Wahrscheinlichkeit anzunehmenden persönlichkeitsstrukturellen Akzentuierung angenommen werden, die durch das somatisch wenig schwerwiegende Unfallereignis 2014 dekompenziert und massiv richtungsgebend entsprechend dem aktuellen Ausprägungsgrad der Persönlichkeit verstärkt worden sei. Dabei sei die Explorandin zunehmend nicht mehr in der Lage gewesen, die primär ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsanteile durch überkompensierende Leistungsbereitschaft auszugleichen

(S. 22).

Gesamthaft ergäben sich keine Widersprüche zur Beurteilung der ambulanten Psychiaterin und der Vorgutachterin Dr. I.____ (S. 22 unten).

Unter Abwägung der Psychopathologie und der resultierenden funktionellen Einschränkungen gegenüber den bestehenden Ressourcen, theoretischen Leistungsreserven und mit zu berücksichtigenden angedeuteten Inkonsistenzen bestehe eine mindestens mittelgradige Leistungsbeeinträchtigung entsprechend einer ableitbaren Arbeitsunfähigkeit von 50 % , wobei die Explorandin für die diesbezügliche Umsetzung auf einen stufenweise integrierenden begleiteten Wiedereingliederungsprozess angewiesen sei. Im Tätigkeitsprofil erscheine entsprechend dem intellektuellen Ausgangsniveau und den berichteten Vortätigkeiten einfache Büroarbeiten ohne Zeitdruck und in einem ruhigen wohlwollenden Arbeitsumfeld ideal. Die aktuelle Leistungsbeschränkung sei mindestens seit Behandlungsbeginn bei Dr. H.____

im Jahr 2014 anzunehmen. Zeitweise könnten formal auch zeitlich begrenzte höhergradige Limitierungen bis hin zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % im Rahmen dekompenzierender Krisen vorgelegen haben, im Längsverlauf sei aber von einem

theoretisch noch erkennbaren wahrscheinlichen Leistungspotenzial für eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 50 % unter den ausgeführten begleiteten angepassten Rahmenbedingungen auszugehen (S. 23 f.).

Die Versicherte sei auf eine langfristig ausgerichtete ambulante psychotherapeutisch-psychopharmakologische Behandlung nach Massgabe der ambulanten Behandler angewiesen. Die diesbezüglichen Anforderungen seien im Rahmen der aktuellen Therapie vollumfänglich erfüllt. Unter fortgesetztem Therapieprozess und der Voraussetzung, dass es gelinge, die Explorandin zeitnah in einen beruflichen Reintegrationsprozess hinein zu begleiten, könne medizinisch-theoretisch im Verlauf noch mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine weitere gesundheitliche Stabilisierung und Erhöhung der Leistungsfähigkeit hinsichtlich einer noch möglichen Arbeitsfähigkeit von 70-80 % bezogen auf ein angepasstes Tätigkeitsprofil möglich sein (S. 24 unten). 3.13

Die Integrationsmanagerin der E.____ AG erstattete am 3. Mai 2018 ihren Zwischenbericht über das Belastbarkeitstraining vom 12. Februar bis 3. Mai 2018 (Urk. 7/64). Das Zwischenziel

einer schrittweisen Steigerung von 2 auf 4 stabil erbrachte Stunden pro Tag ohne unbegründete Fehlzeiten sei erreicht worden (S. 1 f. Ziff. 4). Zwar habe die Versicherte bereits nach wenigen Wochen über Erschöpfungssymptome, starke Müdigkeit und Schmerzen in der Schulter und im Nacken geklagt. Sie könne aber aktuell die vierstündige Präsenzzeit an fünf Tagen stabil wahrnehmen (S. 2 Ziff. 5). Im Anschluss an das Belastbarkeitstraining werde ein Aufbaustraining empfohlen mit dem Ziel, die Präsenz und Leistungsfähigkeit weiter zu steigern (S. 2 Ziff. 6). 3.14

Am 10. August 2018 erstattete die Integrationsmanagerin der E.____ AG ihren Zwischenbericht über das Aufbaustraining vom 14. Mai bis zum 10. August 2018 (Urk. 7/69). Sie führte aus, die Ziele hätten teilweise erreicht werden können. Eine Stundensteigerung auf 5 Stunden mit zusätzlicher einstündiger Mittagspause habe zwar termingerecht realisiert werden können, habe jedoch aufgrund der erhöhten Erschöpfungserscheinungen wieder rückgängig gemacht werden müssen. Aktuell nehme die Versicherte eine vierstündige Trainingszeit mit zusätzlicher Mittagspause stabil wahr. Die Leistungsfähigkeit werde zurzeit auf 30 % geschätzt (S. 2 Ziff. 5). Über den Berichtsraum habe sie von Bauchschmerzen, Migräne, Druck in der Brust und starkem Herzklopfen berichtet. Nach dem Training habe sie aufgrund der starken Müdigkeit jeweils eine lange Erholungszeit und viel Schlaf benötigt. Sie sei als äusserst leistungsorientierte, engagierte und präzise arbeitende Person erlebt worden, habe eigene Ideen eingebracht, sich motiviert und hilfsbereit gezeigt und auch gerne fordernde Zusatzaufgaben übernommen (S. 2 Ziff. 6). Es werde empfohlen, das Aufbaustraining fortzuführen, wo bei aktuell jedoch die Präsenz und die Arbeitsfähigkeit zu stabilisieren seien und erst in einem zweiten Schritt die Präsenzzeit zu steigern sei (S. 3 Ziff.).

E. 6

) unter Verzicht auf eine Stellungnahme zur Beschwerde deren Abweisung. Mit Verfügung vom 18. Februar 2020 (Urk. 8) wurde die Versicherte zum Prozess beigelegt und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt, worauf diese stillschweigend verzichtete.

Am 12. August 2020 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 6).

Mit Eingabe vom 24. August 2020 er suchte die Beschwerdeführerin um die Möglichkeit, eine zusätzliche Stellungnahme und weitere Unterlagen einzureichen, wofür ihr am 27. August 2020 eine nicht erstreckbare Frist bis zum 30. September 2020 eingeräumt wurde (Urk. 12). Die Beschwerdeführerin liess sich innert der angesetzten Frist nicht mehr vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7

). 3.15

Am 12. November 2018 erstattet e die Integrationsmanagerin ihren Abschlussbericht über die am Vortag beendeten Eingliederungsmassnahmen (Urk. 7/70). Dabei hielt sie fest, dass eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich sei, was an folgenden Faktoren liege: Schlechte körperliche und psychische Gesundheitssituation, Erschöpfungssymptome, geringe Belastbarkeit, fehlende Konstanz der Präsenzwahrnehmung (S. 1 Ziff. 4). Um eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt erreichen zu können, sei eine gesundheitliche Stabilisierung durch therapeutische Massnahmen notwendig (S. 2 unten Ziff. 4). Im zweiten Teil des Aufbautrainings habe die Präsenzzeit aufgrund körperlicher Symptome nicht mehr stabil erbracht werden können. Es sei zu 21 Krankheitstagen gekommen. Die geplante Stundensteigerung habe aufgrund dessen nicht realisiert werden können (S. 3 Ziff. 5).

Konkret habe die Versicherte weiterhin eine ausgeprägte Müdigkeit belastet. Ende September 201

E. 8

weitere krankheitsbedingte Absenzen gefolgt (S. 4 Ziff. 8). Aufgrund der vielen Krankheitstage und der grossen psychischen und physischen Belastung und Erschöpfung könne im Anschluss an das Aufbautraining keine weiterführende Massnahme empfohlen werden. Gesundheitliche Massnahmen stünden aktuell im Vordergrund (S. 4 Ziff. 9).

Entsprechend brach die Beschwerdegegnerin die Integrationsmassnahmen mit Verfügung vom 14. November 2018 ab (Urk. 7/71 = Urk. 3/20). 3.16

Dr. H.____ (vorstehend E. 3. 4- 6) führte im Bericht vom 26. November 2018 (Urk. 7/73/4-6 = Urk. 3/21) aus, bei der Patientin hätten sich nach der Nachricht, dass die Integration abgebrochen werden müsse, vor allem die depressiven Symptome verstärkt. Es bestehe ein tiefes Gefühl, sich selber verloren zu haben, nicht mehr zu wissen, wer sie sei, und den Bezug zur Umwelt verloren zu haben. Sie fühle sich wie in einem Traum, ziehe sich ins Bett zurück und wolle mit niemandem etwas zu tun haben. Sie berichte explizit darüber, dass ihr die Struktur fehle und sie keinen Lebenssinn mehr sehe. Es seien Suizidgedanken vorhanden. Die Konzentration und Merkfähigkeit seien deutlich beeinträchtigt, im Alltag mache sie Fehler, so verlege sie etwa Dinge, welche sie nicht mehr finde (Ziff. 1.3). Im Moment sei die Patientin in keinem Rahmen fähig zu arbeiten, sie brauche weitere psychiatrisch-therapeutische Massnahmen (Ziff. 2.1). Auch im Bereich Haushalt und Kinderbetreuung sei sie nicht mehr in der Lage, ihre Aufgaben zu bewältigen. Zum Glück seien im Moment ihre Eltern aus Brasilien hier und könnten viele Dinge übernehmen. Der ältere Sohn sei soweit selbständig, dass er auch für die kleine Schwester sorgen könne (Ziff. 2.2).

Die Prognose sei eher ungünstig. In Krisensituationen wie jetzt zeige sich, dass die Patientin psychisch sehr instabil sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei die Prognose momentan schlecht. Die Patientin sei sehr labil, könne teilweise über eine kurze Zeit gute

Leistungen erbringen, verfallt dann aber wieder in Phasen mit starken psychischen Symptomen, welche die Funktionsfähigkeit stark beeinträchtigen. Die Krankheit verläuft phasenweise (Ziff. 3.3). Die ambulante Therapie werde nun intensiviert und es sei eine teilstationäre Behandlung vorgesehen. Danach könne eine Arbeit im geschützten Rahmen oder eine Freiwilligenarbeit versucht werden (Ziff. 4.1). Die Belastbarkeit für Wiedereingliederungsmassnahmen sei nicht gegeben (Ziff. 4.2). Die Patientin wäre hoch motiviert gewesen, die Integration trotz allem weiterzuführen. Für sie sei es ein extrem harter Schlag gewesen, dass sie die geforderten Leistungen nicht erbringen können (Ziff. 4.3). 3.17

Dipl. med. L.____, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2019 (Urk. 7/76 S. 14) aus, es könne weiterhin auf das Gutachten von Dr. D.____ (vorstehend E. 3.12) abgestellt werden. Die Versicherte habe bis zu einem Pensum von 4 Stunden sehr gute Leistungen gezeigt, sei pünktlich gewesen und habe regelmässig an den Massnahmen teilgenommen. Bei Steigerung der Präsenzzeit sei es zur erneuten psychischen Dekompensation gekommen. Die Behandlungsmassnahmen seien nicht ausgeschöpft. Trotz allem sei nicht mit einer schnellen Rückkehr in eine Erwerbstätigkeit zu rechnen. Die medizinischen Massnahmen seien zu intensivieren, so sei eine mehrwöchige stationäre psychosomatische Behandlung oder die vorgeschlagene Tagesklinik zu empfehlen. Gegenwärtig bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, ab November 2018 sei eine Verschlechterung eingetreten. Eine erneute medizinische Beurteilung sollte in 2 Jahren erfolgen. 4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 30. August 2017 erfüllt die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen ärztlichen Bericht (vorstehend E. 1. 6). Seine Beurteilung umfasste sodann das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Leistungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver 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 zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb grundsätzlich auf das Gutachten abzustellen ist.

Diese Auffassung vertrat auch RAD-Arzt Dr. L.____ (vorstehend E. 3.17) und mit ihm die Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.1). Es ergeben sich sodann keine wesentlichen Widersprüche zwischen dem Gutachten von Dr. D.____ und dem Vorgutachten von Dr. I.____ (vorstehend E. 3.7) sowie den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr. H.____ (vorstehend E. 3.4-6), was Dr. D.____ explizit festhielt. 4.2

Auch von Seiten der Beschwerdeführerin werden die im August 2017 getroffenen Feststellungen des Gutachters nicht angezweifelt. Vielmehr stösst sie sich daran, dass die angefochtene Verfügung vom November 2019 eine vollständige Invalidität der

Versicherten ab November 2018 annahm, ohne eine neue medizinische Beurteilung vorgenommen zu haben (vorstehend E. 2.2).

Dem ist zu entgegnen, dass die Beschwerdegegnerin im Januar 2019 durchaus eine medizinische Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. L. ___ vor nehmen liess (vorstehend E. 3.17). Dieser kam zum Schluss, dass nach der Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Dekompensation im November 2018 nicht mit einer schnellen Rückkehr ins Erwerbsleben zu rechnen sei. Entsprechend empfahl er eine erneute medizinische Beurteilung erst in zwei Jahren. Es sind keine Anhaltspunkte für Zweifel an dieser fachärztlichen Empfehlung ersichtlich, nachdem die Versicherte bereits seit April 2014 keiner Erwerbstätigkeit mehr nach ging und die

im Februar 2018 gestarteten Eingliederungsmassnahmen trotz hoher Motivation seitens der Versicherten im November 2018 abgebrochen werden musste n (vorstehend E. 3.15). Die se

Dekompensation ist durch die sorg fältigen Berichte der Eingliederung sinstitution (vorstehend E. 3.13-15) und der behandelnden Psychiaterin (vorstehend E. 3.16) dokumentiert und ist stimmig mit der von dieser bereits im April 2015 getroffenen Annahme, ein Scheitern in der Leistungsabklärung könne zu einer totalen Blockade führen (vorstehend E. 3.4). Die Dekompensation ist mit Blick auf das vom Gutachter detailliert und diffe renziert gezeichnete Krankheitsbild , etwa auf die symptomverstärkende Konflikt haftigkeit des idealisierten Selbstbildes mit den bestehenden Leistungseinschrän kungen im Rahmen der ängstlich-unsicheren Persönlich keitsstörung, gut nach vollziehbar. 4.3

Die Berichte der E. ___ AG über das über einen Zeitraum von 9 Monaten absolvierte und schliesslich abge rochene Belastungs- und Aufbautraining liefert einerseits ein eindrückliches Zeugnis für die hohe Motivation der Versicherten, sich trotz aller Widrigkeiten in die Arbeitswelt zurück kämpfen zu wollen , und andererseits dafür, wie gross diese Widrigkeiten effektiv sind. Die Leistungsspitze erreichte die Versicherte nach dem ersten Teil des Aufbautrainings im August 2018, als sie eine vierstündige Trainingszeit mit zusätzlicher Mittagspause stabil wahr nehmen konnte (vorstehend E. 3.14). Die Leistungsfähigkeit wurde dabei auf 30 % geschätzt, wobei unklar ist, ob damit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % gemeint war oder ob diese aufgrund der bloss halbtätigen Präsenzzeit im Ergebnis gar nur 15 % betrug. Nicht unberücksichtigt bleiben darf jedenfalls, dass auch diese Leistungsspitze nur unter diversen psychosomatischen Symptomen und einer starken Müdigkeit erreicht werden konnte, so dass die Versicherte jeweils nach dem Training eine lange Erholungszeit und viel Schlaf benötigte.

Hinweise für Aggravation oder Selbstlimitierung bestehen keine, im Gegenteil wu rd en sowohl vom Gutachter Dr. D. ___ als auch von der Vorgutachterin Dr. I. ___ (vorstehend E. 3.7) ein dissimulierendes, beschönigendes Ver halten der Versicherten festgestellt.

Der Gutachter hatte die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch auf 50 % einge schätzt und festgehalten, die Versicherte sei für die diesbezügliche Umsetzung auf einen stufenweise integrierenden begleiteten Wiedereingliederungsprozess angewiesen. Dieser Wiedereingliederungsprozess wurde im Februar 2018 von allen Seiten äusserst seriös angegangen und führte zu einer maximalen zwischen zeit lichen Arbeitsfähigkeit von 30 % , bevor es schliesslich im Herbst 2018 zur gesundheitlichen Verschlechterung und im November 2018 zur Dekompensation mit dem damit einhergehenden vollständigen Verlust der Arbeitsfähigkeit kam. Angesichts der multiplen psychischen Beschwerden der

Versicherten und den abgebrochenen Wiedereingliederungsbemühungen ist schlicht nicht vorstellbar, dass sie in den 12 Monaten bis zum Verfügungserlass im November 2019 eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % erlangen konnte. Dies ist augenscheinlich und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

Zu diesem Zeitpunkt trat eine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ein, womit der zur Rentenabstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist (vgl. vorstehend E. 1.3).

Die Beschwerdeführerin beruft sich auf das Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2018, wonach neue Abklärungen unabdingbar seien, soweit ein früheres Gutachten mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst habe (E. 3.2.3). Sie verkennt dabei, dass sich die Verhältnisse zwar verschlechtert, das Gutachten von Dr. D._____

aber nicht im eigentlichen Sinne an Aktualität eingebüsst hat: Die relativ komplexe psychiatrische Grundproblematik im Zusammenspiel mehrerer psychischer Störungen besteht weiterhin, es kam im Herbst 2018 lediglich zu einer weiteren Dekompensation. Der Gutachter hatte

bereits 2017 festgehalten, dass seit 2014 im Verlauf zeitlich begrenzte höhergradige Limitierungen bis hin zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % im Rahmen dekompensierender Krisen vorgelegen hätten (vorstehend E. 3.12). Das Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit von 50 % hatte er zudem an eine erfolgreiche Wiedereingliederung geknüpft. Die Realität sah wie gesagt aber so aus, dass die Wiedereingliederung zumindest vorläufig noch nicht zu einem solchen Resultat, sondern zu einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 30 % führen konnte. Dies steht – wie oben ausgeführt – fest. Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern, nach dem innert relativ kurzer Zeit bereits zwei überzeugende psychiatrische Gutachten mit praktisch deckungsgleichen Beurteilungen ergangen sind, die von der Beschwerdeführerin beantragte erneute psychiatrische Begutachtung neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falles entscheidende Erkenntnisse liefern könnten. Auf weitere Abklärungen ist daher im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d). 4.4

Dr. D._____ hielt nicht explizit fest, dass der Versicherten die bisherige Tätigkeit als Executive Assistant nicht mehr zumutbar sei. Implizit tat er dies jedoch, indem er ein Tätigkeitsprofil als ideal erachtete, das einfache Bürotätigkeiten ohne Zeitdruck in einem ruhigen wohlwollenden Arbeitsumfeld umfasse. Auch betreffend die retrospektive Arbeitsfähigkeit von 50 % seit April 2014 hielt er fest, dieses Leistungspotenzial habe unter den angepassten Rahmenbedingungen gegolten.

Schliesslich koppelte er auch die allfällige spätere Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 bis 80 % an ein angepasstes Tätigkeitsprofil. Die Äusserungen des Gutachters können somit auch mit Blick auf die bestehenden funktionellen Einschränkungen nicht anders verstanden werden, als dass in der bisherigen Tätigkeit als Executive Assistant keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr besteht.

Auch im Vorgutachten – welches ersichtlicher Weise sowie nach Einschätzung von Dr. D._____ nicht im Widerspruch zu seiner Beurteilung steht – hatte Dr. I._____ ausgeführt, die bisherige Tätigkeit sei mit hohen Anforderungen hinsichtlich des Managements und der Verwaltung von Agenden, Organisation von Reisen et cetera verbunden gewesen. Die

Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe in einer angepassten Tätigkeit ohne solche zeitlichen Anforderungen und Betreuung von komplexen Aufgaben (vorstehend E. 3.7). Auch diese Einschätzung impliziert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen anspruchsvollen Tätigkeit als Executive Assistant. Indem die C.____-Gutachter in der bidisziplinären Beurteilung (vorstehend E. 3.9) dann festhielten, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Executive Assistant bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 %, soweit die erwähnten hohen Anforderungen wegfielen, steht dies im Widerspruch zum psychiatrischen Teilgutachten und ist nicht nachvollziehbar, da die Arbeit als Executive Assistant diese hohen Anforderungen definitionsgemäss beinhaltet, erst recht, wenn damit ein so hohes Einkommen verbunden sein soll, wie die Versicherte in den Jahren vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte (vgl. dazu nachstehend E. 5.7). 4.5

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass die Versicherte seit Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung im August 2014 in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit, welche einfache Büroarbeiten ohne Zeitdruck in einem ruhigen wohlwollenden Arbeitsumfeld umfasst, war sie von August 2014 bis Oktober 2018 zu 50 % und ist sie gestützt auf die Beurteilung durch Dr. L.____ (vgl. vorstehend E.

3.17) seit November 2018 infolge einer erheblichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands zu

E. 10

0 % arbeitsunfähig.

5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund des Einkommensvergleichs vorzunehmen.

5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.5

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222). Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 16. Januar 2015 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 7/1 sowie Aktenverzeichnung zu Urk. 7). Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde somit frühestens ab dem 1. Juli 2015. 5.6

Voll erwerbstätig war die Versicherte zuletzt im Jahr 2014. Bei einem vereinbarten Bruttojahreseinkommen von Fr. 95'000.-- war sie von Februar bis September 2014 angestellt (Urk. 7/11 Ziff. 2.10). Im Jahr 2012 hatte sie ein Bruttojahreseinkommen von Fr. 71'101.-- und im Jahr 2013 ein solches von 88'001.-- erzielt (Urk. 7/10).

Der letzte Arbeitstag im Jahr 2014 war bereits am 9. April. Per Ende September 2014 wurde das Arbeitsverhältnis seitens der Arbeitgeberin Y. ___ AG gekündigt (Urk. 7/11 Ziff. 2.1-3). Auch die beiden vorhergehenden Anstellungen als Executive Assistant bei der A. ___ AG und der B. ___ AG hatte die Versicherte lediglich 10 beziehungsweise 7 Monate inne. Eine Konstanz lag in beruflicher Hinsicht also nicht vor, was auch die behandelnde Psychiaterin im November 2015 feststellte (vorstehend E. 3.6). Überwiegend wahrscheinlich ist daher, dass die Versicherte auch im Gesundheitsfall ihre Stelle bei der Y. ___ AG am 1. Juli 2015 nicht mehr innegehabt hätte, womit eine Ausnahme von der Anknüpfung an den zuletzt erzielten Verdienst gerechtfertigt ist (vorstehend E. 5.3). Es erscheint denn auch nicht als sachgerecht, an diesem

gegenüber den Vorjahren markant höheren Einkommen anzu knüpfen, nachdem die Versicherte die betreffende Stelle effektiv nur rund zwei Monate ausüben konnte.

Angemessener Weise ist der Berechnung des Invalideneinkommens der Durchschnitt der in den Jahren 2012-2014 erzielten Bruttojahreseinkommen zugrunde zu legen, welcher Fr. 84'701.- beträgt. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2015 in der Höhe von 0.4 % (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Real löhne, 1910- 2017, T 39) resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 85'039.-- (Fr. 84'701.-- x 1.004). 5.7

In den Folgejahren war die Versicherte

nicht mehr erwerbstätig, weshalb die Ermittlung des Invalideneinkommens nicht konkret erfolgen kann, sondern gestützt auf die statistischen Tabellenlöhne vorzunehmen ist.

Angesichts der Zumutbarkeit einer 50 %igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht der Versicherten auch bei Beachtung dessen, dass diese einfache Büroarbeiten ohne Zeitdruck in einem ruhigen wohlwollenden Arbeitsumfeld umfassen sollte, eine gewisse

Palette von so gearteten Büro tätigkeiten offen. Aufgrund der aber doch relativ spezifischen Umschreibung der angepassten Tätigkeit als Büro arbeit und der entsprechend einschlägigen Berufserfahrung der Versicherten recht fertigt es sich, auf den Durchschnittslohn aus der Berufshauptgruppe Ziff. 4 (Bürokräfte und verwandte Berufe)

in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten und öffentlichen Sektors abzu stellen (LSE 2014, Tabellengruppe T17 , Frauen, 30-49 Jahre ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_926/2015 vom 11. April 2016 E. 3.3) .

Das im Jahr 2014 von allen 30 bis 49 Jahre alten, als Bürokräfte oder in verwandten Berufen tätigen Frauen erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 5'848.--, mit hin Fr. 70'176.-- im Jahr (Fr. 5'848.-- x 12). Der durch schnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T.

03.02.03.01.04 .01)

angepasst, ergibt dies den Betrag von rund Fr. 73'158.-- (Fr. 70'176.-- : 40 x 41.7). Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2015 in der Höhe von 0.4 % resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 73'451.-- (Fr. 73'158.-- x 1.004). 5.8

Das hypothetische Invalideneinkommen beträgt somit bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % Fr. 36'726.--. Der Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 85'039.-- ergibt eine Einkommensbusse von Fr. 48'313.-- und einen Invaliditätsgrad von 57 % , was einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründet.

Nachdem eine Verschlechterung des Gesundheitszustands im November 2018 eintrat, ist die Rente nach drei Monaten und somit per 1. Februar 2019 anzupassen (Art. 88a Abs. 1 IVV; vgl. vorstehend E. 1.3). Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit besteht ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf eine ganze Rente.

5.9

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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 festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Kessler Vorsorge AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Z.____ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 MosimannBoller

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