

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00102 vom 10. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00102 du 10 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00102 del 10 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

. Mai 2020 erstattet wurde (Urk. 16/197). Der behandelnde Psychiater nahm am 27. Juni 2020 zum Gutachten Stellung (Urk. 16/200 = Urk. 16/201), wozu sich der Leiter und eine Teamleiterin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) am 22. Juli 2020 äusserte n (Urk. 16/204).

Mit Vorbescheid vom 22. September 2020 stellte die IV-Stelle in Aussicht, einen Leistungsanspruch zu verneinen (Urk. 16/206), wogegen Einwände erhoben wurden (Urk. 16/21

E. 1.1

G emäss 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).

An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person - hat sich dadurch nichts geändert. Im Grunde

konkretisieren die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wider spruchsfrei 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 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3). 1.

E. 1.2

Die IV-Stelle holte in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten ein, das von den Ärzten der MEDAS A.____ am 2

E. 2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss dem 2020 erstatteten Gutachten liege aus internistischer und rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, und Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht seien auf Einflüsse aus dem privaten Umfeld zurückzuführen (S. 2 oben). Auf die vom behandelnden Psychiater erhobenen Einwände - wenn auch aufgrund ihres Umfangs nicht auf jedes Detail - sei sie eingegangen (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die vom behandelnden Psychiater am Gutachten geübte Kritik sei aus näher dargelegten Gründen stichhaltig. Auf sie sei die Beschwerdegegnerin nicht hinreichend eingegangen, was eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und des rechtlichen Gehörs darstelle (S. 14

unten).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob das MEDAS-Gutachten beweiskräftig ist, oder die dagegen erhobenen Kritikpunkte stichhaltig sind, und ob die Beschwerdegegnerin diese hinreichend berücksichtigt hat. 3.

E. 2.3.2

, I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 am Ende und I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b).

E. 3

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 eingliederungsanamnestic 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). 1.

E. 3.1

Im Rückweisungsurteil vom 1. April 2019 wurde festgehalten, dass die mit Verfügung vom 17. April 2013 erfolgte Zusprache einer ganzen Rente ab November 2011 (Urk. 16/46; Urk. 16/53) zweifellos unrichtig gewesen sei, weshalb der Rentenanspruch ex nunc et pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung in allen seinen Teilen neu zu beurteilen sei, sich die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin jedoch als unzulänglich erweise (Urk. 16/161 S. 16 E. 5.4 und 6.1, S. 17 E. 6.3). Vor diesem Hintergrund ist davon abzusehen, die damaligen Berichte hier noch einmal zu referieren.

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelnd seit Oktober 2010 mit Unterbrüchen,

nannte mit Bericht vom 1

E. 3.3

4

Persönlichkeitsstörungen begannen gemäss ICD-10 immer in der Kindheit oder Jugend und manifestierten sich auf Dauer im Erwachsenenalter (S. 47 oben). Die Explorandin habe eine unauffällige Kindheit und Jugend beschrieben und habe von 1990 bis 2008 in der Schweiz eine adäquate Anpassung gezeigt. Das Nichtbeherrschen der deutschen Sprache treffe bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund zu und könne nicht als psychopathologischer Befund interpretiert werden (S. 47 Mitte). Auch dass sie zu Beginn habe berufstätig sein

können und sich Verhaltensauffälligkeiten und soziale Schwierigkeiten erst ab 2008/2009 festgestellt werden könnten, spreche für vorhandene Ressourcen auch hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur. Seither sei eine klinisch relevante depressive Störung festzustellen, was sicher eine Akzentuierung der Persönlichkeitsstruktur zur Folge gehabt habe. Aktuell könne durch die Veränderung der sozialen Umstände, durch die stabile eheliche Beziehung, die Stabilisierung der sozialen Probleme der Kinder und auch durch die Verbesserung der depressiven Situation eine Verbesserung des sozialen Integrationsniveaus festgestellt werden; dieser Verlauf widerspreche der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (S. 47 unten).

Zwar habe die Explorandin in der Vergangenheit viele ihrer Lebensentscheidungen verschiedenen sozialen Institutionen überlassen, wobei hier aufgrund der Defizite in der sozio-kulturellen Integration tatsächlich von nach vollziehbaren Einschränkungen auszugehen sei. Dass sie sich in ihrer Heimatland besser fühle und in der Adaption keine Schwierigkeiten zeige, spreche gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, sondern vielmehr für soziale Faktoren, welche ihr Leistungsniveau negativ beeinflussten. Mittlerweile sei sie durchaus in der Lage, ihre Alltagsentscheidungen alleine zu treffen. Unter Berücksichtigung dieser Daten könne aus gutachterlicher Sicht diagnostisch weder aktuell noch retrospektiv eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden oder abhängigen Zügen bestätigt werden (S. 49).

Bis zu ihrem 34. Lebensjahr habe die Explorandin durchaus einen selbständigen Lebensstil ohne relevante Einschränkung des sozialen Leistungs- und Integrationsniveaus gehabt. Zu Defiziten im sozialen Bereich sei es erst mit der Entstehung einer relevanten depressiven Symptomatik gekommen. Daher seien die damaligen Verhaltensprobleme nicht als Folge einer Persönlichkeitsstörung zu sehen, sondern als Folge der depressiven Störung. Aktuell, nach der weitgehenden Remission der depressiven Symptomatik, könne von einer klaren Verbesserung des sozialen Leistungs- und Integrationsniveaus ausgegangen werden (S. 49 unten).

E. 3.3.5

Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Daten sei zumindest seit 2019 von einer

Zustandsverbesserung auszugehen.

Weder anhand der eigenen Angaben der Explorandin, noch gemäss den vorliegenden medizinischen

Daten sei

aus versicherungspsychiatrischer Sicht seit 2009 ein depressives Zustandsbild in höherer Ausprägung als leichtgradig festzustellen (S. 50 oben).

Die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum von 2010 bis

2014 sei eher schwierig. Die Explorandin habe damals zumindest die Symptome einer mittelgradigen depressiven Störung gezeigt und es sei auch kurz zu einer Hospitalisation gekommen, weshalb aus versicherungsmedizinischer Sicht retrospektiv eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % - wie auch im Jahr 2014 im Rahmen der Begutachtung attestiert - als plausibel beurteilt werden könne. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % für den Zeitraum 2010 bis 2014 sei retrospektiv als eher

unwahrscheinlich zu beurteilen, dies auch unter Berücksichtigung des Aktivitätsniveaus der Explorandin zum damaligen Zeitpunkt. Eine im Jahr 2016 geltend gemachte Zustandsverschlechterung könne retrospektiv aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht bestätigt werden. Unter Berücksichtigung der Angaben von Dr. B.____ im Dezember 2018 und auch unter Berücksichtigung der gutachterlichen Einschätzung sei von 2014 bis Ende 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer mittelgradigen Ausprägung der depressiven Störung auszugehen (S. 50 Mitte) .

Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Daten und auch der vorliegenden Befunde könne seit 2019 von einer eindeutigen Zustandsverbesserung in Bezug auf die depressive Symptomatik ausgegangen werden. Seit diesem Zeitpunkt könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht höchstens eine Leistungsinderung um 20 % attestiert werden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche als Diagnose zu bestätigen sei, werde nicht attestiert. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden (S. 50).

E. 3.4.1

Am 21. Mai 2020 erstatteten die Ärzte der MEDAS A.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 16/197), insbesondere ihre auf Teilgutachten internistisch-allgemeinmedizinischer (Urk. 16/197/16-55), psychiatrischer (Urk. 16/197/56-110; vgl. vorstehend E. 3.3), und rheumatologischer (Urk. 16/197/111-149) Ausrichtung beruhende interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Urk. 16/197/1-15) .

E. 3.4.2

Sie führten aus, im Rahmen der internistischen Begutachtung sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei die aktenanamnestisch bekannte Hypotonie und Dyslipidämie beschrieben. Aufgrund des Nikotinkonsums sei von einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Ereignisse ausgegangen worden. Zudem seien bei den Laboruntersuchungen eine Hypokaliämie und eine Hyponatriämie sowie ein bei Bedarf substituierbarer Eisenmangel festgestellt worden. Aus internistischer Sicht sei weder

aktuell

noch retrospektiv

eine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. In Bezug auf die

Schmerzsymptomatik sei von Verdichtungstendenzen ausgegangen worden, zudem sei aus

internistischer Sicht auf Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden und den Tagesaktivitäten

hingewiesen worden (S. 9 oben).

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung sei als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

eine rezidivierende depressive Störung leichtgradiger Ausprägung diagnostiziert worden. Auf dieser Basis sei seit 2019 eine Leistungsminderung in der Höhe von 20 % attestiert worden. Retrospektiv sei aufgrund der

anamnestischen Daten, bei einer mittelgradigen Ausprägung der rezidivierenden depressiven Störung

seit 2009, von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % - wie im Jahre 2014 im Rahmen der MEDAS-Abklärung attestiert - ausgegangen worden. Ein höherer Grad der Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit sei retrospektiv aus psychiatrischer Sicht nicht zu begründen. Die festgestellte anhaltende

somatoforme Schmerzstörung führe zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Schmerzsymptomatik als bei ausreichender Willensanstrengung überwindbar zu beurteilen. Der Explorandin sei es aktuell wie auch retrospektiv möglich gewesen, längere

zielgerichtete Aktivitäten durchzuführen und sich von den Schmerzen durch mentale

Ablenkungsmaßnahmen und gegensteuernde körperliche Aktivitäten zu distanzieren. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne aus gutachterlicher Sicht weder aktuell noch

retrospektiv bestätigt werden. Bei der Explorandin seien keine pathologischen Persönlichkeitsanteile festgestellt worden. Infolge der depressiven Störung sei es vorübergehend zu einer Einschränkung des sozialen Leistungs- und Integrationsniveaus gekommen,

wobei eine solche aktuell nicht mehr in relevantem Ausmass auszumachen sei. Auch anhaltende

tiefgreifende Verhaltensauffälligkeiten seien nicht vorliegend. Die Symptome einer ängstlich vermeidenden

oder abhängigen Persönlichkeitsstörung lägen weder aktuell noch retrospektiv vor.

Aus psychiatrischer Sicht sei zudem von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes spätestens seit

2019 auszugeben. Auf dieser Basis sei die aktuelle Leistungsminderung um 20 % attestiert worden (S. 9). Durch weitere medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit auch noch gebessert werden, sogar

eine Remission der psychiatrischen Problematik (depressive Störung) werde als möglich erachtet (S. 10 oben).

Aus rheumatologischer Sicht sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Als

Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein chronisches Fibromyalgiesyndrom / chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom festgehalten worden. Die Schlussfolgerungen der MEDAS - Begutachtung

im Jahre 2014 seien aus somatischer Sicht weitestgehend bestätigt worden. Bei fehlenden pathoanatomischen Befunden am gesamten Bewegungsapparat sei trotz der beklagten Schmerzsymptomatik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis

intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit attestiert worden. Einzig regelmässig mittel

oder gar schwer belastende berufliche Tätigkeiten könnten der Explorandin aufgrund der muskulären Dekonditionierung

nicht zugemutet werden. Zusammenfassend könne aus rheumatologischer Sicht seit 2011 bis

aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 10).

E. 3.4.3

Aus interdisziplinärer Sicht besteht gestützt auf die psychiatrische Begutachtung seit 2009 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 %, wie auch im Jahre 2014 im Rahmen einer MEDAS - Begutachtung attestiert worden sei. Diese könne aus versicherungsmedizinischer Sicht höchstens bis Ende

2018

bestätigt

werden. Spätestens seit 2019 besteht eine Zustandsverbesserung. Daher werde seit 2019, wie aktuell, von

einer Leistungsminderung um 20 % ausgegangen. Aus

psychiatrischer Sicht werde

kein besonderes Tätigkeitsprofil empfohlen.

Aus interdisziplinärer Sicht sei die Explorandin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte, aber

auch in einer anderweitigen leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, während 8.5 Stunden täglich mit einer Leistungsminderung von 20 % als arbeitsfähig zu beurteilen (S.

E. 3.4.4

Aus internistischer und rheumatologischer Sicht empf ehle sich die Durchführung von symptomatischen

Behandlungsmassnahmen. Aus psychiatrischer Sicht könne durch die Optimierung der psychiatrischen

und psychotherapeutischen sowie durch medikamentöse Behandlungsmassnahmen mittelfristig (ein bis

zwei Jahre) durchaus eine Remission der depressiven Störung erreicht werden. Weitere Rehabilitationsmassnahmen seien nicht notwendig.

Berufliche Massnahmen könn t en aus interdisziplinärer Sicht ab sofort eingeleitet werden. Bei der

maladaptiven Überzeugung, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr berufstätig sein könne, werde j edoch von geringen

Erfolgchancen einer beruflichen Wiedereingliederung ausgegangen (S. 10 unten) .

E. 3.4.5

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 10 Ziff.

E. 3.4.6

Zu e ventuell relevante n Persönlichkeitsaspekte n führten sie aus, die Explorandin habe eine unauffällige frühkindliche Entwicklung und Jugend durch gemacht. Ebenfalls werde von ihr eine

unauffällige schulische Entwicklung beschrieben. Sie sei 20-jährig in die

Schweiz gekommen und k urz danach zum ersten Mal Mutter geworden . Ihr Leben sei durch verschiedene Beziehungen

und Schwan gerschaften geprägt gewesen . Im Jahr 2009 sei es zur Entwicklung einer depres siven Störung gekommen und i n

diesem Zusammenhang auch zur Überforderung im familiären Umfeld. Der Entzug der Obhut der

Kinder habe zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik geführt, was wiederum zur Folge gehabt habe , dass sie im sozialen Bereich zusätzliche Defizite auf ge wies en habe . Gleichzeitig sei es im Zusammenhang mit dem emotionalen Konflikt durch den Obhutsentzug

zur Entwicklung einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung gekommen. Eine Persönlichkeitsstörung, wie diese retrospektiv seitens der

behandelnden Ärzte attest i ert worden sei , k önne aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden. Aktuell zeige die Explorandin ein durchaus regelrechtes soziales Leistungs- und Integrationsniveau. Sie befinde sich in einer stabilen partnerschaftl ichen Beziehung. Sie sei in der Lage, ihren Alltag selbständig aktiv zu g estalten und in der Lage, häusliche und ausserhäusliche Beziehungen zu pflegen sowie ihre eigenen Entscheidungen zu treffen . Eine Abhängigkeit zu verschiedenen Perso nen besteh e nicht (S. 11 f. Ziff. 4.4).

Betreffend Belastungsfaktoren und Ressourcen führten die Gutachter aus, nämlich sind verschiedene Belastungsfaktoren festzustellen gewesen, wie die Krankheit des Kindes,

unzureichende Integration in der Schweiz, sprachliche Schwierigkeiten, schlechte berufliche Perspektiven

bei fehlender Berufsausbildung und insbesondere der im Jahre 2010 erfolgte Entzug der Obhut und die Fremdplatzierung der Kinder infolge der Diabetes-Erkrankung der Tochter. In der Zwischenzeit sei insbesondere im sozialen und familiären Bereich eine Stabilität zu verzeichnen. Aktuell bestehe durchaus

ein gutes soziales Leistungs- und Integrationsniveau. Die Explorandin spreche nur gebrochen Deutsch, was jedoch für eine Tätigkeit beispielsweise im Bereich der Reinigung ausreichend sei. Im Weiteren sei sie in der

Lage, ihren Alltag zu gestalten und diese Struktur einzuhalten, und längere

Beziehungen einzugehen. Insbesondere im Bereich der Teamfähigkeit seien keine Einschränkungen festgestellt worden. Es besteht durchaus eine gute psychische Belastbarkeit. Zudem sei die

Schmerzsymptomatik bei ausreichender Willensanstrengung überwindbar. Es besteht zudem körperlich

ausreichende Ressourcen für die Durchführung von leicht- bis intermittierend mittelschweren und

wechselbelastenden Tätigkeiten (S. 12 Ziff. 4.5).

E. 3.4.7

Aus internistischer und rheumatologischer Sicht seien zwischen den früheren Diagnosen und den

aktuellen Untersuchungsbefunden keine Widersprüchlichkeiten festgestellt worden. Hingegen sei aus

internistischer, aber auch aus rheumatologischer Sicht darauf hingewiesen worden, dass die

Schmerzbeschwerden der Explorandin mit den objektivierbaren Befunden nicht hinreichend zu erklären seien. Es sei von einer Schmerzverdeutlichungstendenz ausgegangen worden. Aus psychiatrischer Sicht bestünden unterschiedliche Beurteilungen in Bezug auf die Diagnose einer

Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu den therapeutisch tätigen Ärzten. Die Symptome einer Persönlichkeitsstörung seien bei der Explorandin weder aktuell noch

retrospektiv festzustellen gewesen. Zu dieser diagnostischen Annahme sei es seitens der therapeutisch tätigen

Ärzte gekommen, weil sie die Explorandin lediglich auf der Basis des negativen Leistungsbildes der Explorandin beurteilt und ihr positives Leistungsbild wie auch die vorhandenen Ressourcen nicht mitberücksichtigt hätten. Ferner könne die anamnestisch beschriebene schwergradige depressive Störung retrospektiv

anhand der in den Akten festgehaltenen medizinischen Befunde nicht bestätigt werden.

Bis Ende 2018 könne eine mittelgradige Ausprägung der rezidivierenden depressiven Störung und auf

dieser Basis eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % bestätigt werden. Hingegen werde ab 2019 von einer klaren Verbesserung des

Gesundheitszustandes der Explorandin ausgegangen, wodurch eine höhere als

die von den therapeutisch tätigen Ärzten attestierte Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 12 Ziff. 4.6).

E. 3.4.8

Aus interdisziplinärer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als

Reinigungsangestellte der Explorandin während 8.5 Stunden täglich mit

einer Leistungsminderung um 20 % seit 2019 zumutbar. Für den Zeitraum zuvor

besteh e

seit 2009

eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % (S. 13 Ziff. 4.7).

Aus interdisziplinärer Sicht werde als angepasste Tätigkeit eine intermittierend mittelschwere bis leichte

wechselbelastende Tätigkeit empfohlen. Aus psychiatrischer Sicht werde kein besonderes Tätigkeitsprofil attestiert. In einer solchen Tätigkeit sei die Explorandin seit 2019

als während 8.5 Stunden täglich mit einer

Leistungsminderung um

20 % arbeitsfähig zu beurteilen. Zuvor sei in einer solchen Tätigkeit, wie bereits erwähnt, eine 50 % ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen (S. 13 Ziff. 4.8). 3. 5

Am 26. Juni 2020 nahm Dr. B.____ (vorstehend E. 3.2) zum MEDAS-Gutachten Stellung (Urk. 16/201), wobei seine Eingabe aus

folgenden Elementen bestand: Stellungnahme (Urk. 16/201/2-32), im Mai 2020 redigierte Fassung seiner Eingabe an das hiesige Gericht vom 12. Dezember 2018 (Urk.

16/201/34-47), Fachartikel von Dr. med. D.____ zum somatoformen Schmerzsyndrom, ohne lesbare Datierung, laut Angabe von Dr. B.____ aus dem Jahr 2018 (Urk. 16/201/48-51 = Urk. 3/4), und Gutachten von Prof. Dr. med. E.____ vom Mai 2014 (Urk. 16/201/52-89 = Urk. 3/5).

In der eigentlichen Stellungnahme (Urk. 16/201/2-32) nahm er Bezug auf im MEDAS-Gutachten angeführte Befunde, welche entweder seinen eigenen Befunden widersprächen oder in sich selber konsistent erschienen (S. 2 ff. Ziff. 2). Sodann legte er dar, aus welchen Gründen seines Erachtens eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren sei (S. 4 f. Ziff. 3), sowie, dass die allge meinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt seien (S. 5 ff. Ziff. 4), ebenso diejenigen näher bezeichneter spezifischer Persönlichkeitsstörungen (S.

E. 4

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 2.

E. 4.1

Zunächst ist hinsichtlich der von Dr. B.____ und Dr. C.____

gestellten unterschiedlichen Diagnosen eine Klärung angezeigt. Dies gilt insbesondere für die Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8), welche Dr. B.____ diagnostiziert hat (vorstehend E. 3.2).

Dr. C.____ hat sich ausführlich damit auseinandergesetzt und darauf hingewiesen, dass gemäss ICD-10 Persönlichkeitsstörungen immer in der Kindheit oder Jugend beginnen, und dass die Beschwerdeführerin bis zum Auftreten der depressiven Problematik zirka 2008/2009 und jedenfalls bis zu ihrem 34. Lebensjahr keine sich aus einer Persönlichkeitsstörung ergebenden Einschränkungen des sozialen und Leistungs- und Integrationsniveaus gezeigt hat. Aus diesen und weiteren, näher ausgeführten Gründen könne weder aktuell noch retrospektiv eine Persönlichkeitsstörung bestätigt werden (vorstehend E. 3.3.4).

Dr. B.____ setzte sich mit dieser ausführlich begründeten Argumentation von Dr. C.____ so gut wie gar nicht auseinander, was angesichts des erheblichen Gesamtvolumens seiner Stellungnahme (vorstehend E. 3.5) besonders auffällt. Namentlich den zentralen Punkt, dass es keine Hinweise auf das Auftreten einer Persönlichkeitsstörung in der Kindheit oder

Jugend gibt, tat er mit der Bemerkung ab, diesbezüglich möge eine «kleine Einschränkung» bestehen, und selbst wenn es an einem solchen Auftreten fehlen sollte, habe die Persönlichkeitspathologie mittlerweile ein Ausmass erreicht, das einer Persönlichkeitsstörung «entspreche». D amit vertrat er - im Klartext - den Standpunkt, er würde an der von ihm genannten Diagnose auch dann festhalten, wenn die dafür gemäss ICD-10 geforderten Kriterien nicht erfüllt wären.

Dies genügt den Anforderungen an eine nachvollziehbar begründete Diagnosestellung offensichtlich nicht, so dass mit Dr. C.____ davon auszugehen ist, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden kann.

E. 4.2

Eine weitere, wenn auch weniger weitgehende Differenz in diagnostischer Hinsicht besteht betreffend den Schweregrad der depressiven Symptomatik: Dr. C.____ führte aus, ab 2009 sei eine als mittelgradig beurteilte depressive Symptomatik aktenkundig und auch im Rahmen der 2014 erfolgten Begutachtung angenommen worden. Diesbezüglich sei (ab 2019) eine Zustandsverbesserung eingetreten, so dass aktuell noch eine leichtgradige Symptomatik knapp bestätigt werden könne (vorstehend E. 3.3.2).

Demgegenüber diagnostizierte Dr. B.____ 2019 eine mittelgradig ausgeprägte depressive Störung (ICD-10 F33.1), woran er 2020 festhielt (vorstehend E. 3.2 und E. 3.5).

Bei der Würdigung dieser Differenz ist zu berücksichtigen, dass namentlich die Feststellungen von Fachperson der Psychiatrie naturgemäss mit Ermessenszügen behaftet sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.4), sowie dass sich die Ausprägung einer depressiven Symptomatik im Zeitverlauf ändern und auch gewissen Schwankungen unterworfen sein kann.

Vor diesem Hintergrund kommt der genannten Differenz kein massgebliches Gewicht zu, zumal beide Beurteilungen das Vorliegen einer schwergradigen depressiven Symptomatik ausschliessen.

E. 4.3

Hinsichtlich der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) unterscheiden sich die Beurteilungen zwar nicht bezogen auf die Diagnose, aber hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. C.____ erachtete die Beeinträchtigung als «überwindbar», Dr. B.____ verneinte deren Überwindbarkeit.

Hier befinden sich beide gleichermassen im Irrtum. Es scheint ihnen entgangen zu sein, dass seit 2015 (unter anderem) diese Beeinträchtigung nicht mehr unter dem Aspekt der früheren Überwindbarkeitsvermutung beurteilt wird, sondern im Rahmen des indikatorengeliteten strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.1). Da dieses nachstehend zur Anwendung kommt, erübrigen sich an dieser Stelle Weiterungen.

E. 4.4

Zu prüfen ist nunmehr, wie es sich mit den Auswirkungen der diagnostizierten depressiven Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit verhält, namentlich, ob die gutachterliche attestierte Arbeitsunfähigkeit den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.2) genügt, beziehungsweise wie es sich mit den rechtsprechungsgemäss relevanten Indikatoren (vorstehend E. 1.4) verhält.

Die diagnoserelevanten Befunde sind gemäss Dr. B.____ mittelgradig und gemäss Dr. C.____ (knapp) leichtgradig ausgeprägt, so dass nicht von einer erheblichen Ausprägung gesprochen werden kann.

Über Eingliederungsbemühungen ist nichts bekannt, so dass sich diesbezüglich Angaben über Erfolg oder Resistenz erübrigen. Die seit dem Jahr 2010 statt findende psychiatrische Behandlung hat, folgt man dem Behandler Dr. B.____, wenig Früchte getragen, während Dr. C.____ die von ihm konstatierte Verbesserung hauptsächlich günstiger gewordenen äusseren Umständen und damit wohl weniger der erfolgten Behandlung zuschrieb.

Komorbiditäten sind im chronischen

Fibromyalgiesyndrom / multilokulären Schmerzsyndrom und in der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu erkennen.

Persönliche Ressourcen wurden von Dr. C.____

- im Unterschied zu Dr. B.____ - sorgfältig evaluiert, der darauf hinwies, dass die Beschwerdeführerin nebst einer Fähigkeit, längere Beziehungen eingehen zu können, auch die Fähigkeit zeige,

soziale Kontakte zu pflegen, dies häuslich und ausserhäuslich. Sie sei in der Lage, kognitiv anspruchsvolle wie auch körperlich zielgerichtete Aktivitäten

durchzuführen. Sie sei in der Lage, eine Tagesstruktur aufzubauen und diese aufrechtzuerhalten. Sie sei in der Lage, längere Aktivitäten, wie die Reise in ihr Heimatland, durchzuführen. Als - wenn auch nicht für einfache Tätigkeiten - limitierend nannte er bestehende sprachliche und schulische Einschränkungen (vorstehend 3.3.7).

Hinsichtlich des sozialen Kontexts ist mit Dr. C.____ auf verbesserte soziale Umstände, eine stabile eheliche Beziehung, die Stabilisierung der sozialen Probleme der Kinder und eine Verbesserung des sozialen Integrationsniveaus hinzuweisen (vorstehend E. 3.3.4).

Die Kategorie der Konsistenz bezieht sich im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens auf Gesichtspunkte des Verhaltens der versicherten Person. Dafür massgebend sind zwei Standardindikatoren, nämlich das Ausmass der Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck. Zu beiden Aspekten enthalten die Gutachten von Dr. C.____ und das MEDAS-Gutachten relevante Angaben.

Die Beschwerdeführerin selber, so wurde es im MEDAS-Gutachten festgehalten, ist überzeugt, nicht mehr erwerbstätig sein zu können (E. 3.4.4). Damit kontrastiert ihre doch rege sportliche Aktivität mit wöchentlich Schwimmen und mehrmaligem Fitnessstraining, die Kontaktpflege im privaten und die Aktivitäten im familiären Umfeld, eine Reise nach Mittelamerika in jüngerer Vergangenheit und der ihr zuträgliche dortige Aufenthalt im Heimatland (vorstehend E. 3.3.2).

Da keine Eingliederungsbemühungen bekannt sind, ist auch kein diesbezüglicher Leidensdruck ersichtlich. In behandlungsmässiger Hinsicht sind die als regelmässig anzunehmenden Konsultationen bei Dr. B.____ zu registrieren, aber auch, dass die - vom Behandler offenbar nie veranlasste - Spiegelbestimmung im Rahmen der Begutachtung eine nachweisbare Malcompliance bezüglich der verordneten Medikation ergeben hat (vorstehend E. 3.3.3). Letzteres lässt grosse Zweifel am Bestehen eines erheblichen Leidensdrucks im Sinne dieses Standardindikators aufkommen.

E. 4.5

In Würdigung der dem Gutachten zu entnehmenden Angaben zu den Standardindikatoren ergibt sich, dass sich Dr. C.____ de facto eingehend mit ihnen auseinandergesetzt hat. Seine Beurteilung umfasst das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätze, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist.

E. 4.6

Zum Ausmass der leidensbedingt verbleibenden Arbeitsfähigkeit bestehen unterschiedliche Einschätzungen. Die Beschwerdeführerin selber veranschlagt sie, wie erwähnt, mit 0 %, und der sie behandelnde Dr. B.____ mit 20 % (vorstehend E. 3.5) beziehungsweise nunmehr nur noch 14 % (vorstehend E. 3.7). Dem steht die Einschätzung durch den psychiatrischen Gutachter wie auch der übrigen Gutachter gegenüber, die eine Arbeitsfähigkeit bis Ende 2018 von 50 % und ab 2019 von 80 % attestiert haben. Nachdem die Würdigung des psychiatrischen Gutachtens im Lichte des strukturierten Beweisverfahrens ergeben hat, dass dieses als beweiskräftig zu beurteilen ist (vorstehend E. 4.5), ist darauf abzustellen und der Sachverhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit 80 % beträgt. Hinsichtlich der bis Ende 2018 anzunehmenden Arbeitsfähigkeit von 50 % ist zu berücksichtigen, dass sich diese Einschränkung bei einer

-

weiterhin unbestrittenen (vgl. Urk. 1) - Qualifikation von 50 % Erwerbs- und 50 % Haushaltstätigkeit nicht anspruchrelevant auswirkt, weshalb auch von 2017 (vgl. vorstehend E. 3.1) bis 2018 kein Rentenanspruch bestand.

E. 4.7

Es ist nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin die Auseinandersetzung der Beschwerdegegnerin mit den von ihr - beziehungsweise Dr. B.____ - erhobenen Einwänden als ungenügend erachtet. Diese ist in der Tat grenzwertig rudimentär und damit nur knapp genügend ausgefallen.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Stellungnahme von Dr. B.____ einen Zug ins Weitschweifige und Behelrende aufweist, und von der Beschwerdegegnerin auch im Rahmen ihrer Abklärungs- und Begründungspflicht nicht verlangt werden kann, aus einer ärztlichen Stellungnahme zuerst die Substanz herauszuschälen und diese dann noch im Einzelnen zu kommentieren.

Was Dr. B.____ nebst seiner eigenen Einschätzung noch beigesteuert hat, war sodann seitens der Beschwerdegegnerin nicht kommentarbedürftig, da auf den Fall bezogen ohne Erkenntnisgewinn: Der Fachartikel von Dr. D.____ befasste sich mit therapeutischen Fragen im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerz störung. Das Gutachten von Prof. E.____ sodann ist publiziert worden (E.____, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 S. 535 ff.) und dürfte massgebend zur mit BGE 141 V 281 vollzogenen Rechtsprechungsänderung beigetragen haben, wie sich aus den zahlreichen Stellen ergibt, an denen es vom Bundesgericht angeführt wurde. Dies der Beschwerdeführerin (beziehungsweise ihrem behandelnden Psychiater) zu erläutern, war gewiss nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin.

E. 4.8

Schliesslich ist zum Stellenwert der seit 1978 als spezialisierte verwaltungs externe Abklärungsinstitution bestehenden MEDAS festzuhalten, dass das zentrale Wesensmerkmal der MEDAS-Gutachten die interdisziplinäre Ausrichtung

ist, sowie dass ihnen die rechtlich determinierten versicherungs medizinischen Vorgaben zugrunde

liegen. Dergestalt sind ihre Schlussfolgerungen auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnitten, was ihnen hinsichtlich der Beweiskraft oft einen entscheidenden Vorteil gegenüber (abweichenden) Berichten aus therapeutischen Zusammenhängen verschafft, was der in ständiger Rechtsprechung anerkannten Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag entspricht (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, mit Hinweis auf BGE 124 I 170 E. 4; Urteile des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E.

E. 4.9

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit abgestellt hat, womit sich die angefochtene Verfügung als rechtens erweist, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen, ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge der zu bewilligen den unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 15. Februar 2021 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 5

Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome, zirka seit 1995 (ICD-10 F33.1) somatoformes Schmerzsyndrom (zirka seit 1996) entspricht der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), jedoch bei Depression - Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, unsicheren und asthenischen Zügen (ICD-10 F60.8), Differentialdiagnose (DD): andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10 F60.8) oder Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 2.6) nannte er eine Überforderung beim Erziehen der Kinder und bei der Abgrenzung gegenüber ihren erwachsenen Kindern (ICD-10 Z60.1).

Er attestiert eine seit Oktober 2010 konstant bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % (S. 2 Ziff. 1.3). 3. 3

3.3.1

Am 6. Mai 2020 erstattete Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt MEDAS A.____, sein psychiatrisches Teil-Gutachten (Urk. 16/197/56- 110). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 5 ff.), die Angaben der Explorandin (S. 30 ff.) und die von ihm am 20. Februar 2020 erhobenen Befunde (S. 36 f.). 3.3.2

Er führte unter anderem aus, aus den Akten sei ersichtlich, dass die Explorandin erstmals im Jahr 2008 aufgrund einer depressiven Symptomatik behandelt worden sei (S. 38 unten).

Aktenkundig sei, dass sie 2009 eine relevante, damals als mittelgradig beurteilte depressive Symptomatik gezeigt habe (S. 38 f.). Im Rahmen der 2014 erfolgten Begutachtung sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bestätigt und von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % ausgegangen worden (S. 40 unten).

Gegen das Vorliegen einer schwergradigen depressiven Störung im Jahr 2015 - wie von Dr.

B.____ diagnostiziert - spreche unter anderem, dass sie die längere Reise in ihr Heimatland bewältigt habe und es ihr dort bessergegangen sei (S. 41 unten); bei einer schwergradigen depressiven Störung könnten die Krankheitssymptome nicht durch die Veränderung des Wohnortes oder die Veränderung der Lebenssituation relevant beeinflusst werden (S. 42

oben). Im Bericht von Dr. B. ___ vom 15. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.2) - mit wörtlich aus einem Bericht vom 12. Dezember 2018 über nommenem Befundstatus - sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr mit der depressiven Symptomatik, sondern mit einer Persönlichkeitsstörung begründet worden (S. 43 Mitte).

Im Rahmen der aktuellen Begutachtung seien aus psychopathologischer Sicht nicht mehr die Symptome einer mittelgradigen oder schwergradigen depressiven Episode festgestellt worden (S. 43 unten). Die objektivierbaren Symptome würden knapp ausreichen, um aus gutachterlicher Sicht eine leichtgradige depressive Symptomatik bestätigen zu können. Auch habe die Explorandin selber beschrieben, dass sich ihr Zustandsbild im Vergleich zu 2009/2010 gebessert habe. Eine solche Zustandsverbesserung könne medizinisch-theoretisch anhand der vorliegenden Daten im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2014 festgestellt werden und werde aus näher dargelegten Gründen auf zirka 2019 geschätzt (S. 44 unten).

Für eine Zustandsverbesserung sprächen auch das Aktivitätsniveau der Explorandin (mit wöchentlich dreimal Fitness und einmal Schwimmen; Kontakte mit Freundinnen; Aktivitäten mit dem Ehemann, auch am Wochenende) sowie die längere Reise in ihr Heimatland im Jahr 2019 und der Umstand, dass sie den dortigen Aufenthalt auch habe geniessen können (S. 45 oben). Die Laboruntersuchungen hätten für die beiden verordneten Medikamente Werte unter dem therapeutischen Referenzwert ergeben, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nehme sie die verordnete antidepressive Medikation nicht regelmässig beziehungsweise ordnungsgemäss ein (S. 45 Mitte).

E. 6

Der Gutachter nannte sodann folgende Diagnosen (S. 50 unten):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit : rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10 F33.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne weder aktuell noch retrospektiv bestätigt werden. Zu dieser diagnostischen Annahme sei es seitens der therapeutisch tätigen Ärzte gekommen, weil sie lediglich das negative Leistungsbild der Explorandin beurteilt und das positive Leistungsbild wie auch die vorhandenen Ressourcen nicht mitberücksichtigt hätten. Unter Berücksichtigung der gesamten Befundlage und auch des positiven Leistungsbildes der Explorandin sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus gutachterlicher Sicht nicht plausibel. In Bezug auf die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien keine Widersprüchlichkeiten festzustellen. Anamnestisch sei 2016 eine Zustandsverschlechterung attestiert worden, was retrospektiv nicht bestätigt werden könne. Auch könne retrospektiv eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100

%

nicht begründet werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei für den Zeitraum 2014 bis 2018 retrospektiv eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 ■

% bei einer mittelgradigen depressiven Störung zu attestieren. Ein höherer Grad der Arbeitsfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht weder aktuell noch anhand der retrospektiven Daten zu begründen. Seit 2019 sei von einer Zustandsverbesserung

auszugehen. Der im Juli 2019 beschriebene psychopathologische Befundstatus (welcher eine wortwörtliche Zitierung des psychischen Befundstatus von Dezember 2018 sei) begründe die Annahme einer anhaltenden erheblichen depressiven Symptomatik nicht. Auf der Basis der Verbesserung des Gesundheitszustandes werde aktuell eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht attestiert. Der seitens der therapeutisch tätigen Ärzte attestierte höhere Grad der Arbeitsunfähigkeit könne aus gutachterlicher Sicht retrospektiv nicht bestätigt werden (S. 52 Ziff. 7.3).

E. 7

Betreffend den Verlauf von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen usw. führte der Gutachter aus, anamnestic sei infolge von Therapeutenwechseln sicherlich bei der Psychotherapie die Kontinuität über

einen längeren Zeitraum nicht gewährleistet gewesen. Erstaunlich sei, dass - obwohl in der Vergangenheit

wiederholt eine Zustandsverschlechterung in Bezug auf die depressive Störung geltend gemacht worden sei - eine medikamentöse antidepressive Behandlung zu keinem Zeitpunkt intensiviert wurde.

Anamnestic seien auch Compliance-Probleme bekannt. Trotzdem sei seitens der behandelnden

Ärzte zu keinem Zeitpunkt eine Blutspiegelbestimmung der verordneten Medikation durchgeführt worden. Aktuell scheine die Explorandin die Medikation nicht ordnungsgemäss einzunehmen. Ansonsten sei sie

motiviert gewesen, bei den therapeutischen Massnahmen aktiv teilzunehmen.

Grundsätzlich könne durch die

aktuellen Behandlungsmassnahmen sowie der Verbesserung der sozialen Situation von einer

Verbesserung der depressiven Symptomatik seit Anfang 2019 ausgegangen werden. Der aktuelle

psychische Zustand der Explorandin könne durch die Optimierung der medikamentösen antidepressiven

Behandlung sowie mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmassnahmen noch

weiter gebessert werden, weshalb aus gutachterlicher Sicht eine Remission der depressiven Störung durchaus als möglich erachtet werde (S. 51 Ziff. 7.2).

Betreffend Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte der Gutachter aus, die Explorandin zeige in sehr vielen Bereichen gute Ressourcen. Sie zeige nebst einer Fähigkeit, längere

Beziehungen eingehen zu können, auch die Fähigkeit, soziale Kontakte zu pflegen, dies häuslich und

ausserhäuslich. Sie sei in der Lage, kognitiv anspruchsvolle Aktivitäten durchzuführen, aber auch

körperlich ziel gerichtete Aktivitäten. Sie sei in der Lage , eine Tagesstruktur aufzubauen und diese

aufrecht zu halten. Sie sei in der Lage, längere Aktivitäten , wie die Reise in ihr Heimatland,

durchzuführen. Sprachlich best ünden sicherlich Einschränkungen, auch schulisch. Hingegen seien die Ressourcen in dieser Hinsicht für einfache Tätigkeiten ausreichend. Die Schmerzsymptomatik sei bei

ausreichender Willensanstrengung als überwindbar zu beurteilen gewesen . Ein relevanter sozialer Rückzug sei nicht vorliegend. Es best ehe auch ein unterstützendes soziales Umfeld (S. 52 Ziff. 7.4).

E. 8

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führte der Gutachter aus, die Tätigkeit im Bereich der Reinigung wäre der

Explorandin aktuell aus psychiatrischer Sicht während 8.5 Stunden täglich mit einer Leistungsminderung von maximal 20 %

zumutbar , dies zumindest seit 2019. Für den Zeitraum

zuvor (2009 bis 2014, 2014 bis Ende 2018) werde von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % ausgegangen (S. 53 Ziff. 8).

Ein besonderes Tätigkeitsprofil bezüglich angepasster Tätigkeit werde aus psychiatrischer Sicht nicht attestiert. Schichtarbeit, Arbeiten unter

unmittelbarem Produktionsdruck, wie

Fliessbandtätigkeiten , wären weniger zu empfehlen . Auch

Tätigkeiten, welche eine höhere Entscheidungskompetenz der Explorandin voraussetzen , seien nicht

optimal. Hingegen wäre die bisherige Tätigkeit im Reinigungsbereich als angepasste Tätigkeit zu sehen (S. 53).

Bezüglich medizinischer Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, durch medizinische Massnahmen, insbesondere durch die Optimierung der psychopharmakologischen

Behandlungsmassnahmen , könne eine Remission des psychiatrischen Zustandsbildes in ein bis zwei

Jahren durchaus erreicht werden. Dann wäre rein aus psychiatrischer Sicht keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten (S. 53 Mitte).

E. 10

ff.). Eine « kleine Einschränkung » bestehe lediglich in der Unklarheit über das frühe Auftreten von Zeichen in Kindheit und Jugend. Selbst wenn diese nicht gegeben wären, hätten die Auswirkungen der Persönlichkeitspathologie auf das Leben der Patientin ein Ausmass erreicht, welches einer Persönlichkeitsstörung entspreche (S. 17). Sodann äusserte er sich zum somatoformen Schmerzsyndrom und dessen Einordnung (S. 18 ff. Ziff. 5.1) und zu Fragen von dessen Überwindbarkeit (S. 21 ff. Ziff. 5.2), welche er aus näher da

rgelegten Gründen verneinte (S. 27 f.). Im Vergleich zu seiner im Jahr 2018 abgegeben Einschätzung habe sich eine leichte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergeben , so dass die aktuell zumutbare Arbeitszeit 50 % und die Leistungsfähigkeit 40 %, die Arbeitsfähigkeit mithin total 20 % betrage (S. 28 Ziff. 6). Das MEDAS-Gutachten weise eine erstaunlich geringe Explorationstiefe auf und das psychiatrische Teilgutachten leide an näher dargelegten Mängeln, welche zum dringenden Verdacht einer einseitigen oder tendenziösen Beurteilung führten, so dass die Qualität beider Gutachten als ungenügend beurteilt werden müssen (S. 29 f. Ziff. 7). 3. 6

Am 26. November 2020 wurde über eine am 18. November 2020 erfolgte Verlaufskonsultation in der Klinik für Rheumatologie, Spital F.____, berichtet (Urk. 3/9), und es wurden die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen genannt (S. 1): - chronische generalisierte Schmerzstörung - rezidivierende depressive Episoden - Vitamin D - und Eisenmangel - Mikrohämaturie unklarer Genese

Die absolvierte medizinische Trainingstherapie sei für die Patientin leider ohne positive Effekte geblieben (S. 1 unten). 3. 7

Dr. B.____

(vorstehend E. 3.2) erstattete am

E. 12

Februar 2021 eine weitere Stellungnahme (Urk. 3/3), die er einleitend als überarbeitete und damit vollständigere und ergänzte Version seiner Eingabe vom 26. Juni 2020 (vorstehend E. 3. 5) bezeichnete (S. 1 Mitte). Darin äusserte er sich, teilweise noch etwas ausführlicher, zu den bereits thematisierten Aspekten (Befunde, Depression, Persönlichkeitsstörung, somatoformes Schmerzsyndrom, Überwindbarkeit, aktuelle Arbeitsfähigkeit - nunmehr 16 % (S. 40) - und Qualifizierung des MEDAS-Gutachtens). Neu äusserte er sich, wiederum ausführlich, zur vom psychiatrischen Gutachter postulierten Zustandsverbesserung ab 2019 und führte aus, dieser habe die von ihm als nunmehr lediglich leichtgradig ausgeprägte Symptomatik zu Unrecht als seit 2019 bestehend angenommen, bloss

weil er - Dr. B.____ - im Bericht vom 15.

Juli 2019 tatsächlich die im Dezember 2018 genannten Befunde unverändert wiederholt habe (S. 18 ff.) . 4.

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