

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00477 vom 1. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00477

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00477 du 1 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00477 del 1 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

Die 1964 geborene X.____, gelernte medizinische Praxisassistentin, arbeitete ab 2005 als Verwaltungssekretärin im Y.____, seit November 2014 in einem von 80 % auf 60 % reduzierten Pensum (Urk. 10/1/6, 10/19/1-2, 10/19/10). Am 30. Mai 2016 meldete sie sich unter Angabe einer psychischen Erkrankung und einer Arthrose in der rechten Schulter sowie Problemen im Bereich Bewegungsapparat/Muskeln zum Leistungsbezug bei

der Invalidenversicherung an (Urk. 10/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, gewährte der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzertüchtigung (Mitteilung vom 22. August 2016, Urk. 10/18). Nach Kündigung der Arbeitsstelle durch die Arbeitgeberin teilte die IV-Stelle der Versicherten am 9. Februar 2017 den Abschluss der beruflichen Eingliederung mit, da letzterer die Eingliederung zur Zeit

aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich sei (Urk. 10/26, 10/27/1). Am 14. März 2018 führte die IV-Stelle im Rahmen der von Amtes wegen anhand genommenen Prüfung eines Anspruchs auf Hilflosenentschädigung (Urk. 10/50) eine Abklärung vor Ort durch (Abklärungsbericht vom 9. Februar 2021, Urk. 10/96).

Nach Eingang eines von der IV-Stelle veranlassten interdisziplinären Gutachtens vom 22. Januar 2018 (psychiatrisch/rheumatologisch, Urk. 10/44) forderte die IV-Stelle die Versicherte am 17. Oktober 2018 unter Hinweis auf ihre Mitwirkungspflicht und die Folgen einer Verletzung derselben auf, sich einer näher konkretisierten leitliniengerechten psychiatrischen Therapie zu unterziehen. Hiervon werde das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit erwartet. Bis 12. November 2018 habe sie mitzuteilen, bei wem die Massnahme durchgeführt werde (Urk. 10/52/1-2). Mit Formular vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei

der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art.

E. 1.5

.2

Der Tatbestand des Art. 21 Abs. 4 ATSG enthält verschiedene Elemente: Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt einerseits die Zumutbarkeit der (unter bliebenen) medizinischen Behandlung oder erwerblichen Eingliederung voraus. Zum ändern muss diese Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, geeignet sein, eine (wesentliche) Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Hierfür bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine – je nach den Umständen zu konkretisierende – gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr erfolgreich gewesen wäre. Ist eine versicherte Person bezüglich einer psychischen Problematik nicht einsichtig und lehnt eine entsprechende Therapie ab, gereicht ihr dies unter Umständen dann nicht zum Verschulden, wenn die fehlende Krankheitseinsicht gerade Teil des Leidens selbst ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_82/2013 vom 20. März 2013 E. 3 mit Hinweisen).

Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip müssen das Mass der Sanktion (Leistungskürzung oder -verweigerung) und der voraussichtliche Eingliederungserfolg (Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit) einander entsprechen. Die versicherte Person ist

grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre r Schaden min derungspflicht wahrgenommen hätte. Für die Frage nach dem mutmasslichen Eingliederungserfolg bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine – je nach den Umständen zu konkretisierende – gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, erfolg reich gewesen wäre (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

E. 1.5.1

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungs massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Diese Bestimmung ist auch auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1 IVG), wird aber im IVG wie folgt ergänzt (zum Verhältnis der nachfolgenden Bestimmungen zu Art. 21 Abs. 4 ATSG vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_830/

2012 vom 13. März 2013 E. 2.2) : Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Art. 7 Abs. 1 IVG). Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbs leben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere medizinische Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG ,

Art. 7 Abs. 2 lit . d IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG).

E. 1.5.3

Ab welchem Zeitpunkt eine Widersetzlichkeit angenommen werden kann, hängt von der richtigen Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ab (Urteil des Bundesgerichts 8C_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3 mit Hinweisen).

Der versicherten Person ist im Rahmen desselben unter substantiiertem Bezug nahme auf das von ihr geforderte Verhalten schriftlich mitzuteilen, welche Folgen ihre Widersetzlichkeit nach sich ziehen kann, und sie ist aufzufordern, ihrer Schadenminderungspflicht nachzukommen (Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage 2020, Art. 21 N 152).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abge geben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

E. 2

Gegen beide Verfügungen erhob X.____ mit Eingabe vom 16. August 2021 Beschwerde und beantragte die Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen unter Aufhebung der angefochtenen Entscheide (Urk. 1 S.

2) . Die beantragte Vereini gung der Verfahren (Urk. 1 S. 2) erwies sich ange sichts der Anlage der Beschwerde (n)

im gleichen Verfahren als obsolet . Mit Beschwer deantwort vom 27. September 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf

Abwei sung der Beschwerde (Urk. 9), worüber die Beschwerdeführerin am 28. September 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Mit Verfügung vom 22. April 2022 wurde die BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich zum Prozess beige laden (Urk. 12). Am 5. Mai 2022 teilte diese ihren Verzicht auf eine Stellung nahme mit (Urk. 14).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eing ereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspr uch auf eine Invalidenrente in der Verfügung vom 14. Juni 2021 damit, dass die Beschwerdeführerin die ihr am 17. Oktober 2018 auferlegte leitliniengerechte adäquate Therapie bisher nicht umgesetzt habe, es ihr jedoch möglich wäre, mit einer solchen eine 100%ige Arbeits fähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Arztsekretärin zu erreichen. Die Massnahme werde weiterhin als zumutb ar erachtet und es werde auch wei terhin davon ausgegangen, dass damit eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente entfalle (Urk. 2/ 2).

Was den Anspruch auf Hilflosenentschädigung anbelangt, sprach sich die Beschwer degegnerin in der mitangefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2021 zwar dafür aus, dass die Beschwerdeführerin psychisch bedingt auf regelmässige lebenspraktische Begleitung angewiesen sei. Damit dies einen Anspruch auf Hilf losenentschädigung erwirke, müsse jedoch mindestens ein Anspruch auf eine Vier tels invaliden rente gegeben sein , woran es vorliegend fehle (Urk. 2/1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt d agegen im Zusammenhang mit der Frage nach der Verletzung der Schadenminderungspflicht den Standpunkt vertreten, an der auf erlegten Schadenminderungspflicht respektive der Annahme der Nichterfüllung derselben könne nicht festgehalten werden. Weder sei erstellt, dass die durc he führten psychiatrischen

Behandlungsmassnahmen nicht leitliniengerecht erfolgt seien, noch würden sämtliche Krankheitsbilder von den auferlegten schadenmin dernden Massnahmen erfasst, beschlügen diese doch einzig die rezidivierende depressive Erk r ankung und die ADHS , nicht aber die unstrittig vorliegende Per sönlichkeitsstörung und die somatoforme Schmerzstörung, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, selbst bei hypothetischer Stabilisierung der depressiven Krankheit und der ADHS , zu evaluieren wären. So lasse die Beschwerdegegnerin denn auch unberücksichtigt, dass gemäss Verlaufsgutachten von Dr. C.____ in erster Linie aufgrund der Persönlichkeitsstörung in den nächsten drei bis fünf Jahren keine Herstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei und die somato forme Schmerzstörung sich zusätzlich leistungsmindernd auswirke. Sodann habe sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid mit ihren Einwänden nicht (substanziiert) auseinander gesetzt und verletze damit ihre Begründungs pflicht (Urk. 1 S. 8 ff.).

E. 2.3

Im Streite steht der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und eine Hilflosenentschädigung , wobei die Beschwerdegegnerin mit den angefoch tenen Entscheiden nicht die materielle Begründetheit de r Leistungsansprüche in Frage stellte, sondern in sinngemässer Anwendung von Art. 21 Abs. 4 ATSG einen Anspruch auf eine I nvalidenrente und gestützt auf Art. 38 Abs. 2 IVV mangels Rentenanspruchs auch einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ver neinte.

3 .

Was zunächst den Vorwurf der Gehörsverletzung anbelangt, muss die Begrün dung einer Verfügung so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Gericht respek tive der Versicherungsträger hat leiten lassen und auf die sich sein Entscheid stützt (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen).

Nachdem aber selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen ist , wenn und soweit die Rückweisung aufgrund der Gehörsverle t zung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde (BGE 142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweisen), ist, was sich aus dem Folgenden ergibt, von einer Auf hebung des angefochtenen Entscheids aus formellen Gründen ohnehin abzu sehen , weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen . 4.

Nachdem eine Leistungsverweigerung oder -kürzung gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG jedenfalls voraussetzt, dass eine rentenbegründende Invalidität vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_5/2017 vom 1 1. April 2017 E. 5.3), gilt es vorweg die materielle Begründetheit eines Rentenanspruchs zu prüfen. 4.1

Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, bestätigte mit Schreiben vom 1 9. September 2016, dass 2013 und am 8. März 2016 wegen rezidivierenden Schulterschmerzen rechts und einer Daumengrund gelenksarthrose Konsultationen stattgefunden hätten . Die im Vordergrund gestan dene Schulterproblematik habe sich nach Injektionen und Physiotherapie teilgebessert. Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit ohne Telefondienst sei aus physischer Sicht theoretisch möglich; es müsse aber ein Arbeitsversuch gemacht werden (Urk. 10/23). 4.2

Dr.

Z.____ und Dr.

med. E.____, Fachärztin FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Sanatorium A.____, stellten in ihrem Bericht vom 21. März 2017 folgende Diagnosen (Urk. 10/29/1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), bei einer persistierenden depressiven Störung (gemäss DSM IV: Doubledepression) - Dysthymie (ICD-10 F34.0) - Saisonal bedingte Depression (ICD-10 F33.1) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit passiv/aggressivem und zwanghaftem Verhalten (ICD-10 F61.0) - Diskrete und leichte Teilleistungsstörungen in den Bereichen der Aufmerksamkeitsfunktionen und gewissen exekutiven Funktionen, bei einer guten bis überdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit (ICD-10 F07.8) - Verdacht auf Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8), DD Asperger Syndrom (ICD-10 F84.5) - Impingement Syndrom Schulter rechts mit chronischer Bursitis Subacromialis und AC Gelenksarthrose.

Die Beschwerdeführerin stehe seit 1. März 2016 in ihrer ambulanten Behandlung; vom 26. April bis 8. Juni 2016 und vom 11. Juli bis 1. September 2016 habe sie sich zudem einer teilstationären Behandlung unterzogen. Seit der Jugendzeit zeigten sich bei der Beschwerdeführerin wiederkehrende depressive Phasen, welche bereits in der Jugendzeit zu psychotherapeutischer Behandlung und seit heriger medikamentöser Behandlung mit Zoloft oft 50 mg/d geführt hätten. Nach einer Umstrukturierung am Arbeitsplatz vor zwei Jahren habe sich einhergehend mit einer Mobbing-Situation eine Verschlimmerung der depressiven Symptomatik gezeigt, sodass die Beschwerdeführerin seit Mitte Februar 2016 arbeitsunfähig sei. Bei Aufnahme hätten sich eine ausgeprägte Antriebslosigkeit, starke Bedrücktheit mit emotionaler Labilität, erhebliche Durchschlafstörungen, eine grosse innere Unruhe, starkes Grübeln und eine völlige Überforderung im Haushalt mit « messiahaften » Tendenzen gezeigt. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin ein grosses Misstrauen gezeigt, welches zusätzliche Unterstützungsmassnahmen wie Spitex oder ein stationäres Vorgehen erschwert hätten, weshalb ein teilstationärer Aufenthalt organisiert worden sei. Medikamentös sei das seit Jahren eingenommene Sertralin von 50

mg/d auf 150 mg/d erhöht worden. Im Zusammenhang mit den Schlafstörungen sei zusätzlich Serquel 25 mg/d verschrieben und erfolgreich eine Umstellung von Lexotanil auf Relaxane durchgeführt worden. Seit Wiederaufnahme des ambulanten Settings im September 2016 habe sich eine leicht vermehrte Aktivität mit verbesserter Selbstfürsorge und eine zunehmende Ressourcenaktivierung gezeigt, was nach langem Zögern und Misstrauen seitens der Beschwerdeführerin erlaubt habe, eine Psychiatrispitem und zusätzlich eine Haushaltsspitem wöchentlich zu installieren. Neben der mittelgradigen depressiven Episode auf dem Boden einer chronischen Depression seien aber die interpersonellen Defizite mehr in den Vordergrund getreten, welche den Versuch, die Beschwerdeführerin rasch in den Arbeitsprozess zu integrieren, erschwert hätten. Der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit passiv-aggressiven und zwanghaften Zügen habe sich bestätigt, eine neuropsychologische Testung habe zudem Teilleistungsstörungen bestätigt. Sodann seien erste klinische Abklärungen bezüglich der Differentialdiagnosen (Autismusspektrumstörung, Aufmerksamkeitsstörung) eingeleitet worden (Urk. 10/29/2 f.).

Aktuell bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ab wann eine behinderungsangepasste Tätigkeit (mit Reduktion der Reizüberflutung und vor allem ver minderer sozialer Kommunikation mit erhöhter Autonomie und einführen von Routine in den Arbeitsab läufen sowie klar strukturierten A r beitsabläufe n bei durchaus komplexer Arbeit, vgl. S. 4) möglich sei, sei aktuell nicht absehbar. Es gelte die neuropsychologische Testung sowie eine mögliche zusätzliche medika mentöse Unterstützung durch methylphenidatähnliche Produkte abzuwarten (S.

5). Zur Prognose hielten die Fachärztinnen fest, die kombinierte Persön lich keits störung schliesse eine schnelle Genesung weitgehend aus. Zusätzlich ver stärkten die neuropsychologischen Defizite das Risiko der Rückfallgefahr in ausgeprägt depressive Zustände ebenso wie in die Double Depression. Bezüglich der Persön lich keitsstörun g sei eine langanhaltende Psychotherapie erforderlich, gehe diese Störung doch mit grossem Misstrauen und Rückzug auf der inter personellen Ebene einher und unterhalte respektive begünstige sowohl die Double Depression als auch die Verwahrlosungstendenz (S. 3). 4.3

4.3.1

Die bidisziplinäre Begutachtung bei Dr. C.____ und Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, führte in der zusammenführen den Beurteilung vom 2 2. Ja nuar 2018 zu folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/44/39): - Rezidivierende depressive Erkrankung, aktuell mittelgradig ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - Gemischte Persönlichkeitsstörung oder kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massen die Experten den diagnos tizierten, nicht näher spezifizierbaren Schulter- und Belastungsbeschwerden rechts und den Beschwerden im Bereich der Hand-/Fingergrundgelenke beidseits bei. 4.3.2

Anlässlich der rheumatologischen Abklärung klagte die Beschwerdeführerin über 2013 erstmals aufgetretene Missempfindungen und Schmerzen insbesondere im Bereich der rechten Schulter und Belastungsbeschwerden in den Hand- und Dau mengrundgelenken (Urk. 10/44/33). Dr. F.____ schloss gestützt auf die bisherigen Akten, seine klinischen Abklärungen sowie eine aktuelle Bildgebung ein somati sches sowie radiologisches Korrelat für die geklagten Schulterschmerzen aus. Auffällig sei ein schmerzfreies spontanes Bewegungsverhalten in alle Richtungen ohne Einschränkung und ohne Schon- und Ausweichbewegungen. Dasselbe Phä no men bestehe an den Händen, würden diese doch beidseits symmetrisch bei allen Aktivitäten ohne Schonverhalten eingesetzt, auch beim Abstützen auf der Liege zwecks Positionswechsel, klinisch ohne pathologisch reproduzierbare Befunde. Die zeitweise auftretenden Kribbelparästhesien vor allem im Mittel- und R ingfinger an beiden H änden seien ohne neurologisches Korrelat. Er, Dr. F.____ , beurteile dieses Phänomen gesamthaft im Rahmen einer Somatisierung bei einer Fibromyalgie mit multiplen Tenderpoints. Die Schmerzintensität sei wie von der Beschwerdeführerin bestätigt begrenzt, die psychische Befindlichkeit stehe im Vor dergrund. Der Weichteilrheumatismus sei gut kompensiert, die Alltagsaktivi täten und die spontanen Bewegungsabläufe seien unauffällig und sprächen für eine normale Belastbarkeit. In einer feinmanuellen leichten Tätigkeit wie der angestammten sei die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht einge schränkt (Urk. 10/44/36-37).

4.3.3

Dr. C.____ erstellte sein Fachgutachten vom 22. Januar 2018 (Urk. 10/44/2-29) gestützt auf die bisherigen Akten, seine klinische Untersuchung vom 20. November 2017 mit nach AMDP erhobenem Befund und Laboruntersuchungen. Im Rahmen der Herleitung der Diagnose (Urk. 10/44/20-22)

schloss Dr. C.____

in Auseinandersetzung mit den Vorakten

aufgrund der aktuellen Symptomatik auf das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode, erachtete die vor diagnostizierte (E. 4.2) Dysthymie angesichts der wiederholten Zeiten von Arbeitsfähigkeit und von der Beschwerdeführerin angegebenen besseren Zeiten als nicht vorliegend und die diskutierten saisonalen Anteile der Depression als in der mittelgradigen depressiven Episode inkludiert. Zusätzlich fanden sich kognitive Einschränkungen, welche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Erkrankung im Sinne einer Hyperaktivität des Erwachsenenalters vereinbar seien. Kardinalsymptome seien eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit und eine deutliche Überaktivität.

Was die vordiagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung anbelange, zeigten sich gemäss Dr. C.____ durch das gesamte Leben der Beschwerdeführerin Auffälligkeiten bezüglich Bindungs- als auch sozialem Verhalten und an den Arbeitsplätzen. Dieses Verhalten sei andauernd und nicht auf Episoden begrenzt. Es komme zu eigenartigen Vorstellungen sowohl in Bezug auf Affektivität als auch Antrieb und Wahrnehmen. Die Beschwerdeführerin empfinde bereits einfache Kritik als Mobbing. Es sei zu extrem häufigen Arbeitsplatzwechseln aufgrund von interaktionellen Problemen gekommen. In der Nische, welche sie gefunden habe (gemeint wohl: bei der letzten Arbeitgeberin), sei es offensichtlich zu geringen interaktionellen Problemen gekommen; hier habe sie jahrelang interagieren und funktionieren können. Nach der Umstellung sei es erneut zur Dekompensation und zu fehlendem Funktionieren im Alltag gekommen. Dieses Verhaltensmuster sei in verschiedenen persönlichen und sozialen Situationen unpassend. Die Beschwerdeführerin leide gemäss eigenen Angaben denn auch unter ihrer Unfähigkeit, mit anderen Menschen adäquat zu interagieren. Diese Unfähigkeit habe zu schweren beruflichen und sozialen Einschränkungen geführt, wobei dennoch zu berücksichtigen sei, dass sie bis 2015 einer Arbeits-tätigkeit zwischen 60 und 80 % nachgehen können. Charakteristisch und zentraler Punkt sei eine erhebliche Selbstentwertung, eine Selbstunsicherheit, die teilweise in eine Gereiztheit übergehe, aber auch eine abhängige Beziehung zu ihrem Lebenspartner. Sie gebe immer wieder an, das Haus nur mit ihm verlassen zu können. Im Rahmen einer DSM-basierten Diagnostik fanden sich Hinweise auf die sogenannte typische Cluster-C-Persönlichkeitsstörung.

Die Beschwerdeführerin gebe zusätzlich eine sexuelle Missbrauchserfahrung im neunten Lebensjahr an, zeige aktuell aber keine Symptomatik für eine Traumafolgestörung. Im Weiteren sei angesichts der geklagten andauernden Schmerzen, welche nicht ausreichend durch einen physiologischen Prozess erklärt werden könnten, und schwerwiegender emotionaler Konflikte mit ausreichender Sicherheit auf die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu schliessen (Urk. 10/44/22).

Was die bisherige Behandlung anbelange, erweise sich diese nicht als lege artis. So wäre nach jahrelanger Psychopharmakotherapie mit demselben Wirkstoff eine Überprüfung des

Serumspiegels angezeigt gewesen . Da es trotz der Dosiserhöhung zu keiner Veränderung des depressiven Zustandsbildes gekommen sei, hätte spätestens nach vier Wochen ein Wechsel des Antidepressivums erfolgen müssen . Dies sei nicht erfolgt und die Kombination mit dem atypischen Neuroleptikum sei mit 25 mg/d nicht in ausreichendem Masse erfolgt. Auch sei bis anhin kein Medikament zur Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung verschrieben und keine spezifische Therapie durchgeführt worden, was aber indiziert sei. Zur Behandlung der Persönlichkeitsstörung sei eine psychotherapeutische zentral. Die Beschwerdeführerin habe eine gute Bindung zur behandelnden Fachärztin entwickelt. Basierend auf dieser Beziehung sei eine langfristige Behandlung mittels Psychotherapie im ambulanten Setting und möglicherweise Psychopharmakotherapie, je nach Symptomen, indiziert.

Zusammenfassend sollte zur weiteren Behandlung der depressiven Erkrankung ein Serumspiegel durchgeführt und ein alternatives Medikament einer anderen Wirkmodalität und dann eine Augmentation installiert werden. Zusätzlich sollte eine weitere psychotherapeutische Betreuung mindestens wöchentlich durchgeführt werden. Bei fehlender Verbesserung innerhalb von sechs bis neun Monaten sei eine stationäre Therapie indiziert. Bezüglich der Therapie der Hyperaktivität sei das Eindosieren eines zugelassenen Amphetaminderivates durchzuführen, bei fehlender Verbesserung ein alternatives Präparat. Parallel sei eine spezifische Psychotherapie bezüglich ADHS-Symptomatik indiziert (Urk. 10/44/24).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. C.____ aus, es liege eine komplexe Struktur verschiedener psychiatrischer Erkrankungen vor, die im Jahr 2017 ausreichend dokumentiert dekomponiert seien . Zusätzlich hätten die Teilleistungsschwächen nicht mehr kompensiert werden können, was insgesamt zu einer schwergradigen Ausprägung der Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Die bereits langfristig bestehende Persönlichkeitsstörung sei durch das Auftreten der depressiven Störung massiv verschlechtert worden, die Kompensationsmechanismen hätten es der Beschwerdeführerin nicht mehr erlaubt, die Teilleistungsschwächen und die Interaktion bezüglich der Persönlichkeitsstörung zu kompensieren. Es sei zu erheblichen Einschränkungen in der Gruppenfähigkeit und bei formellen Sozialkontakten, der Entscheidungsfähigkeit, Urteilsbildung und der Flexibilitäts- und Umstellungsfähigkeit gekommen. Entsprechend sei ab März 2017 in der angestammten Tätigkeit als Verwaltungsangestellte eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit zu dokumentieren.

In einer angepassten Tätigkeit ohne Schichtarbeit, in einem kleinen Team mit unmittelbaren, direkten Vorgesetzten und klaren Teamstrukturen, klar strukturierten gleichartigen Abläufen mit ausreichender Zeit und ausreichenden Pausen liege ab dem aktuellen Zeitpunkt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vor (Urk. 10/44/28). Dieser Einschätzung folgten die Experten im Rahmen der Gesamtbeurteilung (Urk. 10/44/43 f.).

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/66/1) führte Dr. C.____ am 19. März 2019 ergänzend aus, mit einer leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung sei im Verlauf von zwei Jahren von einer deutlichen Besserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch der angepassten Tätigkeit auszu gehen. Bei deutlichem Rückgang der ADHS-Problematik könnten sich die kognitiven Fähigkeiten wie auch Konzentration und Aufmerksamkeit deutlich verbessern. Bei einer Verbesserung der depressiven Symptomatik, die in mehr als 60 % der Fälle bei adäquater Psychopharmakotherapie zu

erwarten sei, könne eine deutliche Verbesserung bezüglich Affekt, Antrieb und Freudfähigkeit erwartet werden. In der Gesamtschau sei in angepasster Tätigkeit eine 80%ige und in ange stammter Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit innert 24 Monaten möglich (Urk. 10/67). 4.4

Mit Bericht

vom 10. Dezember 2018 (Urk. 10/64/1-2) teilten Dr.

Z.____ und Dr. B.____

zur am 17. Oktober 2018 auferlegten Schadenminderung mit, nach einer eingehend en klinischen ADS-Abklärung (vgl. dazu: Urk. 10/65/7-10) sei seit Februar 2018 eine leitliniengerechte adäquate Einstellung der Beschw erde führerin auf Lisdexamphetamin -Dimesylat (Elvanse) durchgeführt worden, dies nach einer vorangegangenen ungenügend wirksamen Methylphenidat -Behand lung. Ebenso sei eine Überprüfung der antidepressiven Therapie mit Abnahme eines Sertralin -Serum-Spiegels durchgeführt worden, welche einen adäquaten Sertralinspiegel mit 43

ug /l gemäss Konsensusleitlinie sichtbar gemacht habe. Zusätzlich sei nochmals eine ausführliche Anamnese bezüglich der bisherigen Medikamenten-Therapie durchgeführt worden, wobei gemäss dem Hausarzt der Beschwerdeführerin im Jahr 2003 ein Versuch mit Venlafaxin durchgeführt, bei Nebenwirkungen aber eine Rückumstellung auf Sertralin indiziert gewesen sei. Entsprechend seien leitlinienkonform zwei medikamentöse antidepressive Versu che mit unterschiedlichem Wirkspektrum erfolgt. Nichtsdestotrotz sei entspre chend der Empfehlung der Beschwerdegegnerin auf Wunsch der Beschwerdefüh rerin mit einer antidepressiven Kombinationstherapie (Sertralin 150 mg/d und Valdoxan 25 mg/d) begonnen worden. Der zusätzlich geforderten mindestens wöchent lichen Psychotherapie komme die Beschwerdeführerin seit Anbeginn nach .

Angesichts der komplexen diagnostischen Situation und des bisherigen Therapie verlaufs sei aus ihrer Sicht eine Überlegenheit eines stationären gegenüber dem installierten ambulanten Setting mit zusätzlich installierter Strukturierung durch eine Psychiatriespitex , welche sich aufgrund der Persönlichkeitsstörung erst nach eineinhalb Jahren habe etablieren lassen, doch sehr zu bezweifeln. Die komplexe Wechselwirkung der Störungen stehe einem raschen und therapeutisch tragbaren Beziehungsaufbau, welcher auch in einem stationären Setting nötig wäre, leider im Wege. Entsprechend werde darum gebeten, die von der Beschwerdegegnerin in den Raum gestellten Massnahmen, insbesondere eine allfällige stationäre The rapie, nochmals zu überprüfen, da angesichts des bisherigen Verlaufs und der komplexen Komorbidität aus ihrer Sicht das Ziel einer bedeutsamen oder gar vollständigen Arbeitsfähigkeit auch mit diesen Massnahmen überwiegend wahr scheinlich nicht erreichbar wäre (Urk. 10/64/2). 4.5

Am 22. August 2019 berichtete Dr.

Z.____ über eine Verbesserung im Tag-Nacht-Rhythmus sowie eine zunehmende leichte Stabilisierung des affekti ven Zustandes unter der Kombinationstherapie mit Sertralin 150 mg/d und Valdoxan 25 mg/d. Leider sei aber aufgrund komplexe r Wechselwirkungen der Diag nosen weiterhin nicht von einer schnellen Genesung auszugehen und die beschrie benen Beeinträchtigungen würden sich, wenn überhaupt, nur sehr lang sam bessern. Nach der heutigen Einschätzung sei das Arbeiten im angestammten Beruf nicht mehr möglich, da jeglicher Arbeitsdruck sie wieder psychisch dekom pensieren liesse. Realistisch betrachtet

sei auch längerfristig nur vom Erreichen einer Teilarbeitsfähigkeit im zweiten Arbeitsmarkt auszugehen (Urk. 10/70/1-5). 4.6

Anlässlich der Verlaufsuntersuchung bei Dr. C.____ am 19. Juni 2020 (Expertise vom 2. Juli 2020, Urk. 10/78) fing die Beschwerdeführerin gemäss den gutachterlichen Angaben von Anfang an zu weinen, teilweise zu schreien, es sei ihr alles zu viel, sie würde schlecht behandelt und die IV habe ihr alles kaputtgemacht (Urk. 10/78/15). Im Rahmen der Anamnese gab sie an, das Medikament Sequase selbständig abgesetzt zu haben. An Medikamenten nehme sie weiterhin Elvanse 60 mg/d, Sertralin 150 mg/d und Valdoxan 25 mg/d. Ausserdem gehe sie einmal wöchentlich in die Psychotherapie. Beim Thema teilstationäre Betreuung habe die Beschwerdeführerin angefangen laut zu schreien und zu weinen. Erst nach gewisser Zeit habe die Situation deeskaliert werden können. Sie habe laut geschrien, sie habe Angst und die Beschwerdegegnerin würde sie schlecht behandeln, man würde sie demütigen und erniedrigen. Sie würde sowieso nichts bekommen. Sie wolle nicht in eine stationäre Therapie, ob man das endlich begreifen würde (Urk. 10/78/17 f.). Entgegen ihrer anfänglichen Angabe habe die Beschwerdeführerin nach Bekanntgabe, dass ein Serumspiegel und zusätzlich ein Drogenscreening durchgeführt würden, sodann eingestanden, dass sie am Morgen der Begutachtung das Benzodiazepin Lexotanil eingenommen habe. Dabei sei sie erneut aggressiv geworden (Urk. 10/78/19). Im Rahmen der Sozialanamnese sei die zentrale Problematik der Untersuchung immer wieder, dass eine Verdeutlichung bis hin zur Katastrophisierung ihrer Zustände angegeben werde; die Beschwerdeführerin behaupte, das Haus kaum verlassen zu können, andererseits gebe sie aber an, sie würde Schmetterlingsbörsen besuchen und Raupen kaufen. Zusätzlich habe sie einmal pro Woche Psychotherapie, Physiotherapie oder andere Therapieformen. Darüber hinaus fahre sie selbständig Auto, pro Woche zirka 100-200 km. Auch fliege man jedes Jahr nach Ägypten in die Tauchferien. Die Beschwerdeführerin sehe hierin keinen Widerspruch zur 100%igen Arbeitsunfähigkeit und der Angabe, dass sie das Haus nicht verlassen könne (Urk. 10/78/21 ff.). In diesem Zusammenhang habe die Beschwerdeführerin wie derum angefangen, laut zu schreien und zu weinen; eine weitere Abklärung der Inkonsistenzen sei aufgrund der histrionisch aggressiven Art der Beschwerdeführerin abgebrochen worden (Urk. 10/78/24).

Gemäss Dr. C.____ habe sich bereits im November 2017 eine komplexe psychiatrische Situation gezeigt. Die spezifischen Behandlungsvorschläge seien dann aber nicht umgesetzt worden; es sei weder zu einer leitliniengerechten noch zu einer stationären Therapie gekommen. Nunmehr sei es deshalb zu einer deutlichen Verschlechterung der gesamten Situation gekommen. Innerhalb der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine schwergradige passiv aggressive Interaktion mit einer Mischung aus Gehemmtheit, Selbstentwertung und Erregbarkeit sowie Aggressivität gezeigt (Urk. 10/78/30). Es sei zu einer schweren depressiven Erkrankung mit Veränderung der Persönlichkeitssymptomatik zum histrionisch aggressiven Pol hin gekommen. Es finde sich nunmehr eine schwergradige Einschränkung. Zum aktuellen Zeitpunkt sei nicht von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 10/78/35). Zusätzlich zur kognitiven und der affektiven Einschränkung finde sich eine schwergradige interaktionelle und soziale Inkompetenz. Innerhalb einer normalen Struktur sei es weder Kollegen noch Vorgesetzten zumutbar, mit der Beschwerdeführerin zu interagieren. Auch sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr von Massnahmen auszugehen, die

eine Arbeitsfähigkeit erhöhen könnten. Die depressive Symptomatik sei als chronifiziert anzusehen, die Persönlichkeitsstörung so ausgeprägt, dass aktuell keine Massnahmen formuliert werden könnten, welche in einer absehbaren Zeit von drei bis fünf Jahren eine Arbeitsfähigkeit wieder herstellen könnten (Urk. 10/78/ 37 f.). 4.7

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl am 13. Oktober 2020 aufgrund der unklaren Situation bei Inkonsistenzen und der Diagnose einer ADHS im Verlaufsgutachten, welche aber gutachterlich nicht beurteilt werden können, eine Ressourcenprüfung (Urk. 10/79/16). Gestützt auf dieselbe (Urk. 10/78/80/1-3) kam die Beschwerdeführerin zum Schluss, die Beschwerdeführerin verfüge über zahlreiche Ressourcen und es sei ihr weiterhin zumutbar, die Schadenminderungspflicht vom 17. Oktober 2018 umzusetzen, wozu sie jedoch nicht bereit sei. Da sich die Beschwerdeführerin bei der Verlaufsbeurteilung im Juni 2020 derart aggressiv verhalten habe, dass es dem Gutachter nicht möglich gewesen sei, die zahlreichen Inkonsistenzen zu klären, komme dem Gutachten keinerlei Beweiswert zu (Urk. 10/80/3). 5. 5.1

Was zunächst den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens von Dr. C.____ und Dr. F.____ vom 22. Januar 2018 (E. 4.3) als auch das Verlaufsgutachten von Dr. C.____ vom 2. Juli 2020 (E. 4.6) anbelangt, ist festzuhalten, dass den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

Im Lichte dieser Beweismaxime sowie der höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts (E. 1.7) erweisen sich beide Gutachten als für die streitigen Belange umfassende Beurteilungen, welche die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in umfassender Aktenkenntnis abgegeben worden sind und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge im Ergebnis, wie nachfolgend dargelegt, einleuchten: 5.2

So drängen sich angesichts des unauffälligen Bewegungsverhaltens ohne Schon- und Ausweichbewegungen und der fehlenden bildgebenden Korrelate keine Zweifel an der rheumatologischen Beurteilung von Dr. F.____

und der von ihm postulierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht auf (E. 4.3.2), wogegen die Beschwerdeführerin denn auch keine substantiierten Einwände erhob. 5.3 5.3.1

Die psychiatrische Beurteilung von Dr. C.____ vom 22. Januar 2018 (E. 4.3.3) deckt sich sodann weitgehend mit derjenigen der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen des Sanatoriums A.____ vom 21. März 2017 (Urk. 10/29/1) und wird durch die leichten diagnostischen Abweichungen in Bezug auf die affektiven Störungen nicht in Frage gestellt, zumal es invalidenversicherungsrechtlich letztlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Wie die Fachärzte des Sanatoriums A.____ ging auch Dr. C.____

nachvollziehbar von einer vorbestehenden komplexen Struktur

mit Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern und einer Dekompensation im Jahr 2017 (recte: 2016) aufgrund von Änderungen im Berufsumfeld aus, nach welcher im Zusammenhang mit dem Auftreten der mittelschweren depressiven Episode die Kompensationsmechanismen bezüglich Teilleistungsstörungen und Persönlichkeitsstörung nicht mehr griffen. Was die Herleitung der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung durch Dr. C.____ anbelangt, wurde diese wie auch die übrige Diagnostik vom RAD am 26. Januar 2018 zu Recht als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt (Urk. 10/79/6; vgl. dagegen die davon abweichende, nicht überzeugende Beurteilung von Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in: Urk. 10/56/16). Wie die Fachärztinnen des Sanatoriums A.____ (E. 3.2) erachtete auch Dr. C.____ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit nachvollziehbar als weitgehend (zu 80 %) eingeschränkt, wobei der Beginn von Dr. C.____ wohl irrtümlich als ab März 2017 genügend dokumentiert bezeichnet wurde, nahm er damit doch offensichtlich Bezug auf den Behandlungsbeginn bei Dr.

Z.____ im März 2016 (vgl. Urk. 10/29/2). Die Beschwerdegegnerin ging denn auch einhergehend damit in der angefochtenen Verfügung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit März 2016 aus (Urk. 2/2 S. 1).

Abweichend von den behandelnden Fachpersonen beurteilte Dr. C.____

die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als

zu 50 % geg. eben (E. 4.3.3). Angesichts der zu diesem Zeitpunkt noch nicht im späteren Ausmass dekompensierten Persönlichkeitsstörung und des von Dr. C.____ formulierten Zumutbarkeitsprofils, welches der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ebenso Rechnung trägt wie ihren kognitiven und affektiven Einschränkungen, drängen sich auch an seiner diesbezüglichen Beurteilung keine grundsätzlichen Zweifel auf, zumal sich Dr.

Z.____ am 8. November 2016 telefonisch ebenfalls für eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Januar 2017 ausgesprochen hatte (Urk. 10/27/7).

Angesichts des im Bericht des Sanatoriums A.____

vom 21. März 2017 geschilderten Verlaufs mit leichter Stabilisierung im Anschluss an die tagesklinische Behandlung im September 2016 (E. 4.2) ohne Hinweise auf eine massgebliche Veränderung bis zur Erstbegutachtung durch Dr. C.____ recht fertigt es sich, jedenfalls ab dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach Ablauf des Wartjahres am 1. März 2017 (vgl. E. 7.1) von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit auszugehen. 5.3.2

Die Indikatorenprüfung

(BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) ergibt in diesem Zusammenhang in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, dass die damalige Ausprägung der nach AMDP erhobenen diagnoserelevanten Befunde

insgesamt im mittleren Bereich anzusiedeln ist. So zeigte sich eine nur geringgradig ausgeprägte relevante Störung von Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit, eine reduzierte emotionale Schwingungsfähigkeit mit Vermeidungsverhalten und ein erheblich reduzierter Antrieb, jedoch noch eine adäquate Wahrnehmung der sozialen Situation und eine reaktive Verarbeitung derselben. Formale Denkstörungen wurden verneint, jedoch ergaben Auftritt und Gestaltung des Untersuchungsgesprächs bereits deutliche Hinweise

auf teils fehlendes Verständnis für die gesamte soziale Interaktion und soziale Anforderungen (Urk. 10/44/10) . Die Beschwerdeführerin unterzog sich seit März 2016 einer ambulanten und zwischenzeitlich teilstationären Behandlung mit Psychopharmakotherapie, welche bis anhin keinen Eingliederungserfolg brachte. Die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen psychischen Krankheitsbildern wirken nachvollziehbar deutlich ressourcenhemmend. Im Bereich sozialer Kontext kann die Beschwerdeführerin zwar auf

eine stabile, wenn auch problembehaftete Partnerbeziehung zurückgreifen (Urk. 10/44/13), jedoch habe ansonsten seit 2015 ein erheblicher sozialer Rückzug stattgefunden (Urk. 10/44/11) und fänden sich neben der zusätzlich stabilisieren der Beziehung zur behandelnden Therapeutin keine Ressourcen (Urk. 10/44/13). Was die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen anbelangt, ergeben sich zwar mit Blick auf von der Beschwerdeführerin angegebenen Tauchferien in Ägypten Ungereimtheiten (Urk. 10/44/17), jedoch fand diese Aktivität wie im Wesentlichen jegliche andere ausserhäusliche Aktivität abgesehen von den Therapie- und Arztbesuchen in Begleitung ihres Lebenspartners statt, zu welchem sie gemäss Dr. C.____ in krankheitswertig abhängiger Beziehung steht (Urk. 10/44/22). Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck anbelangt, lässt der blosser Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin keinem stationären Aufenthalt unterzogen hat, angesichts der seit März 2016 ununterbrochen auf gesuchten ambulanten respektive teilstationären Therapie mit relativ hoch dosierter antidepressiver Medikation (150 mg/d Sertralin) und zusätzlicher Medikation mit Seroquel 25 mg/d nicht auf einen fehlenden Leidensdruck schliessen. Dies gilt umso mehr, als die behandelnden Fachärztinnen das grosse Misstrauen der Beschwerdeführerin gegenüber zusätzlichen Unterstützungsmassnahmen, so auch einer stationären Therapie, ihrer Persönlichkeitsstruktur zuordneten (Urk. 10/29/2), dieses mithin als krankheitswertig beurteilten.

Angesichts dieser Umstände erweist sich der Schluss von Dr. C.____ auf dann zumal mobilisierbare Ressourcen im Bereich einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % als nachvollziehbar.

5.4

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit anbelangt, berichtete Dr.

Z.____ am 22. August 2019 zwar über eine leichte Verbesserung des affektiven Zustandes, sprach sich aufgrund der komplexen Wechselwirkungen der unverändert diagnostizierten Krankheitsbilder jedoch weiterhin und prognostisch auch für die Zukunft für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aus (E. 4.5) .

5.5

Die von Dr.

Z.____ dokumentierte leichte Verbesserung im affektiven Bereich findet sodann im Verlaufsgutachten von Dr. C.____ vom 2. Juli 2020 (E. 4.6) keinen Niederschlag mehr. Vielmehr schloss der Experte auf eine zwischenzeitlich eingetretene signifikante Verschlechterung des psychischen Zustandes sowohl im affektiven als auch insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsstörung, aufgrund welcher keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Soweit sich die Beschwerdegegnerin im Nachgang zu ihrer Ressourcenprüfung auf den Standpunkt stellte, dem Verlaufsgutachten von Dr. C.____

komme keinerlei Beweiswert zu, habe er doch die zahlreichen Inkonsistenzen aufgrund der aggressiven Art der Beschwerdeführerin nicht klären können (Urk. 10/80/3), verkennt sie, dass Dr. C.____

die sich aus den Akten ergebenden Inkonsistenzen im Rahmen seiner Ressourcenprüfung (Urk. 10/78/32 ff.)

durchaus berücksichtigte. Dass er im Rahmen derselben das deutlich gesteigerte histrionisch aggressive Verhalten der Beschwerdeführerin als schwer beeinträchtigend beurteilt, wobei er unter anderem auf eine schwergradige Einschränkung der sozialen Kompetenzen bei inadäquat aggressivem Verhalten schloss (Urk. 10/78/34), welche für sich alleine eine Arbeitstätigkeit verunmögliche,

da es weder Vorgesetzten noch Kollegen zumutbar sei, innerhalb einer normalen Struktur mit der Beschwerdeführerin zu interagieren (Urk. 10/78/37), erweist sich auch im Lichte der normativen Vorgaben als nachvollziehbar und begründet (BGE 145 V 361 E.

4.2.2). Inwiefern daneben die Diagnosen der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 10/78/26) weiterhin begründet sind und welche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit dieselben zeigen, kann dabei offenbleiben. Entsprechend ist ab dem Zeitpunkt der Verlaufsuntersuchung vom 19. Juni 2020 vom Vorliegen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit auszugehen. 6 .

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Angesichts der Anmeldung der Beschwerdeführerin bei der Invalidenversicherung datierend vom 30. Mai 2016

und des Beginns des Wartjahres (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) am 1. März 2016 (Behandlungsbeginn) stehen Rentenleistungen ab 1. März 2017 im Raum . Gestützt auf die Abklärung der Qualifikation vor Ort vom 14. März 2018 (Urk. 10/51) ging die Beschwerdegegnerin

unbestritten zu Recht von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall aus (Urk. 10/79/7) .

E. 6.2

Nachdem die Beschwerdeführerin ihre letzte Arbeitsstelle aufgrund des nunmehr invalidisierenden Gesundheitsschadens verloren hat, ist das Valideneinkommen gestützt auf den zuletzt erzielten Verdienst zu bemessen (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). Dieser belief sich im Jahr 2015 für ein 60 %-Pensum gemäss IK-Auszug auf Fr. 50'875.-- (Urk. 10/30/3, vgl. auch: Urk. 10/19/9). Hochgerechnet auf ein 100

%-Pensum und angepasst an die Nominallohnentwicklung bei Frauen bis ins Jahr 2017 im Sektor Gesundheitswesen (Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Frauen 2016-2019, Tabelle T1.2.15, Q 86-88) resultiert ein hypothetischer

Validenlohn von Fr.

85'556.45 (Fr. 50'876.-- : 60 x 100 x 1.009).

E. 6.3

Da der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Verwaltungssekretärin im Spitalbereich wie auch ihre gelernte Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin angesichts des Zumutbarkeitsprofils mit der Forderung nach klar strukturierten gleichartigen Abläufen mit ausreichender Zeit und ausreichenden Pausen

nicht mehr zumutbar sind, sind zur Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2016 beizuziehen, wobei praxismässig von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen ist (BGE 124 V 321

E. 3b/aa). Üblich ist die Tabelle TA1 (BGE 126 V 75

E. 7a; SVR 2003 IV Nr. 1 S. 1). Angesichts der von der Beschwerdeführerin absolvierten Ausbildung zur medizinischen Praxisassistentin und ihrer langjährigen Berufserfahrung als Verwaltungssekretärin im Y. ___ rechtfertigt sich dabei der Bezug

des standardisierten Lohnes «Total» für Frauen im Kompetenzniveau 2, welches unter anderem praktische Tätigkeiten wie Datenverarbeitung und Administration beinhaltet, welche der Beschwerdeführerin weiterhin zurechenbar und in verschiedenen Branchen möglich sind. Das monatliche Einkommen von Fr. 4'832.-- führt unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, 2004-2020, TOTAL) und der Nominallohnentwicklung bei Frauen (von 100.7 [2016] auf 100.9 [2017], Nominallohnindex, Frauen, a.a.O., Q 86-88] für ein zumutbares Arbeitspensum von 50 %

zu einem

Invalideneinkommen für das Jahr 2017 von Fr. 30'284.20 (Fr. 4'832.-- x 12 : 40 x 41.7 : 100.7 x 100.9 x 0.5).

Nachdem eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Grund für einen Abzug vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 anerkannt werden kann, ebenso wenig etwa ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2; vgl. auch Urteil 9C_233/2018 vom 11. April 2019 E. 3.2 mit Hinweisen), sich ein Beschäftigungsgrad von 50-74 % bei Frauen ohne Kaderfunktion mit Blick auf die aktuellen Werte der LSE 2016 und 2018, Tabellen T

E. 6.4

Die aus dem Einkommensvergleich resultierende Erwerbseinbusse beträgt demnach Fr. 55'272.25 (Fr. 85'556.45 ./ Fr. 30'284.20), was zu einem Invaliditätsgrad von knapp 65 % und entsprechend zum Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. März 2017 führt. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der ab Juni 2020 einhergehenden gänzlichen Arbeitsunfähigkeit führt

in Anwendung von Art. 88 Abs. 2 IVV ab September 2020 zum Anspruch auf eine ganze Rente. 7. 7.1

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin trotz materiell begründeten Renten anspruchs der Beschwerdeführerin in Anwendung von Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung . Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis IVG. Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Im Bereich der Invalidenversicherung gilt auch eine Person als hilflos, welche zu Hause lebt und wegen der gesundheit lichen Beeinträchtigung dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 IVG; Art. 38 IVV). Ist lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit bei einem Bedarf an lebenspraktischer Begleitung gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen (Art. 38 Abs. 2 IVV). Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Anspruchs voraus setzungen erfüllt sind (Art. 35 Abs. 1 IVV).

E. 18

(Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) , im Vergleich zu einem hochprozentigen Pensum gar lohn erhöhend auswirkt, die vermehrten Pausen bei einem Pensum von nur 50 % miterfasst scheinen und keine weiteren Abzugsgründe ersichtlich sind, hat es mit dem errechneten Invaliden einkommen sein Bewenden.

E. 21

Abs. 4 ATSG basierend auf einem vollständig und erfolglos durchgeführten Mahn- und Bedenk zeitverfahren zur Leistungsverweigerung berechtigt war. 7.2

Dabei ist unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeit verfahren mit dem Schreiben vom 17. Okt ober 2018 formal ordentlich einleitete. In demselben stellte sie fest, dass im Hinblick auf eine die Arbeitsfähigkeit wie derherstellende leitliniengerechte Therapie zunächst der Serumspiegel zu überprüfen sei , sodann sollte ein alternatives antidepressives Medikament mit anderer Wirksamkeit eingesetzt werden und falls nötig eine Augmentation. Zusätzlich sollte eine psychotherapeutische Betreuung mindestens wöchentlich durchgeführt werden, wobei bei fehlender Verbesserung innerhalb von sechs Monaten eine stationäre Therapie indiziert sei (Urk. 10/52). Der Aufforderung der Beschwerde gegnerin, bis 12. November 2018 bekannt zu geben, bei welchem Arzt oder welcher Ärztin sie die oben erwähnte Massnahme durchführen werde, damit sie – die Beschwerdegegnerin – dort nach Behandlungsbeginn einen Behandlungsplan einholen

könne, kam die Beschwerdeführerin innert Frist nach (Urk. 10/61). Ebenfalls innert Frist (vgl. 10/58-59) teilten sodann die behandelnden Fachpersonen des Sanatoriums A.____ mit (E. 4.4) , welche Abklärungen durchgeführt worden seien, so unter anderem die verlangte Überprüfung des Serumspiegels, wobei ein adäquater Sertralin -Serumspiegel von 43 µg/l gemäss Konsensusleitlinie festgestellt worden sei und

das in Nachachtung der Empfehlung der Beschwerdegegnerin und auf Wunsch der Beschwerdeführerin dennoch mit einer antidepressiven Kombinationstherapie mit zusätzlich 25 mg Valdoxan begonnen worden sei. Weiter seien – wie im Gutachten empfohlen, aber nicht als schaden mindernde Massnahme auferlegt (vgl. Urk. 10/52) –

eine klinische ADS-Abklärung sowie eine adäquate Einstellung auf Elvanse erfolgt. Der wöchentlichen ambulanten Behandlung komme die Beschwerdeführerin seit Behandlungsbeginn nach. Mit nachvollziehbarer Begründung sprachen sich Dr.

Z.____ und Dr. B.____ angesichts der komplexen Komorbidität und des bisherigen Therapieverlaufs sodann im konkreten Fall gegen eine Überlegenheit einer stationären gegenüber der ambulanten Therapie mit dem zusätzlichen Setting (Psychiatrie spitex) aus und baten um neuerliche Überprüfung dieser Auflage. 7.3

Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge eine Stellungnahme von Dr. G.____ des RAD vom 18. Februar 2019 ein, gemäss welchem in Anbetracht der im Gutachten dokumentierten Haltung der Beschwerdeführerin (Erwartungshaltung an die Auszahlung einer IV-Rente) und der Beurteilung der Behandler eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch einen stationären Aufenthalt überwiegend wahrscheinlich nicht zu erwarten sei. Er empfahl, die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch festzulegen, unabhängig davon, ob ein stationärer Aufenthalt stattgefunden habe (Urk. 10/79/11). Keine Stellungnahme findet sich in den Ausführungen von Dr. G.____ zur fortgeführten antidepressiven Medikation mit Sertralin 150 mg/d in Kombination mit dem zusätzlich installierten Valdoxan

E. 25

mg/d, ein Antidepressivum anderer Wirkstoffgruppe (vgl. unter: www.compendium.ch) .

Die Beschwerdegegnerin sah in der Folge sowohl von einer Abmahnung der Beschwerdeführerin in Bezug auf den von Dr. G.____ ohnehin als nicht eingetragenen stationären Aufenthalt ab, als auch von einer Abmahnung hinsichtlich eines Wechsels der antidepressiven Medikation. Auch nach Eingang des Verlaufsberichts von Dr.

Z.____ vom 22. August 2019 (E. 4.5), in welchem sich die Behandlerin zwar für eine leichte Verbesserung der affektiven Störung ausgesprochen, hingegen unverändert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, forderte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin weder zu einem Wechsel in der Medikation noch zu einem stationären Aufenthalt auf, sondern führte das Abklärungsverfahren weiter (vgl. Urk. 10/79/14) . Anlässlich einer Besprechung des Rechtsdienstes mit Dr. G.____ und der zuständigen Kundenberaterin wurde eine stationäre Therapie sodann als nicht zwingend beurteilt und eine teilstationäre Therapie als Option bezeichnet (Urk. 10/79/17) . 7.4

Indem die Beschwerdegegnerin nach Eingang des sorgfältig begründeten Behandlungsplans des Sanatoriums A.____ darauf verzichtete, zu diesem Stellung zu nehmen , und der

Beschwerdeführerin, welche mit den zusätzlichen Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen durchaus eine Eingliederungsbereitschaft demonstriert hatte, selbst nach Eingang des Verlaufsberichts von Dr.

Z. ___ vom 22. August 2019 (E. 4.5) nicht unter substantzierter Bezugnahme auf das von ihr zusätzlich geforderte Verhalten mitteilte, dass die bis anhin angeduldeten Behandlungen nicht genügend würdevoll seien und sie auch nicht unter Fristansetzung und konkreter Auflage abmahnte, stand die

(formale) Verbindlichkeit der Auflage erst ab Einleitung des Vorbescheidverfahrens fest. Nach dem das Mahn- und Bedenkzeitverfahren aber, abgesehen von den hier nicht einschlägigen Konstellationen gemäss Art. 7b Abs. 2 IVG, zwingend durchzuführen ist (SVR 2008 UV Nr. 17, BGE 134 V 189 E. 2 f.) und das Vorbescheidverfahren ein ordentliches Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht ersetzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_742/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 6.3 mit Hinweisen), erweist sich die Leistungsverweigerung der Beschwerdegegnerin mangels eines vollständig durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids unabhängig von der Frage nach Eingliederungswirksamkeit und Zumutbarkeit der auferlegten Massnahmen nicht als rechtmässig.

Nachdem Dr. C. ___ in seinem Verlaufsgutachten vom 2. Juli 2020 unmissverständlich darlegte, dass beim aktuellen Gesundheitszustand keine Behandlungsmassnahmen mehr formuliert werden könnten, welche innert absehbarer Zeit zu einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führen würden (Urk. 10/78/37), steht sodann der Schluss der Beschwerdegegnerin, wonach mit der auferlegten Massnahme weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (Urk. 2/2 S.

2), mit der schlüssigen Expertise von Dr. C. ___ im Widerspruch, weshalb von einer Rückweisung der Sache zur korrekten Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens abzusehen ist. Damit hat es mit dem unter E. 6.4 festgestellten Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Dreiviertelsrente ab März 2017 und dem Anspruch auf eine ganze Rente ab September 2020 sein Bewenden. Die Beschwerde ist bezüglich der Rentenverfügung vom 14. Juni 2021 (Urk. 2/2) mit dieser Feststellung unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids gutzuheissen. 8.

Anlässlich der Abklärung für Hilflosenentschädigung für Erwachsene vom 14. März 2018 stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass die Beschwerdeführerin seit September 2016 aus psychischen Gründen auf regelmässige lebenspraktische Begleitung von mehr als zwei Stunden wöchentlich angewiesen ist (Urk. 10/96). Nachdem die materielle Begründetheit des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung für eine leichte Hilflosigkeit abgesehen von der Anspruchsvoraussetzung mindestens einer Viertelsinvalidenrente (E. 1.4) zwischen den Parteien nicht im Streit steht und sich aufgrund der Akten keine Weiterungen hierzu aufdrängen, ist, nachdem die Beschwerdeführerin ab März 2017 Anspruch auf eine Invalidenrente hat, die Beschwerde auch bezüglich der Verfügung vom 15. Juni 2021 (Urk. 2/1) gutzuheissen und unter Aufhebung derselben festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab März 2017 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades hat. 9. 9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 9.2

Entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als sowohl die Verfügung vom 14. Juni 2021 betreffend Invalidenrente als auch die Verfügung vom 15. Juni 2021 betreffend Hilflosenentschädigung aufgehoben werden. Dabei wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab März 2017 Anspruch auf eine Dreiviertelsinvalidenrente und ab September 2020 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente sowie ab März 2017 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades hat. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 - BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 30

Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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