

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01112 vom 27. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01112

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01112 du 27 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01112 del 27 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Die 1961 geborene X.____ arbeitete

zuletzt von 2003 bis 2008 bei der Y.____ als Köchin (Urk. 10/2). Unter Hinweis auf Schwindel, Migräne und Herzrasen seit Juli 2008 meldete sie sich am 30. Dezember 2008 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/2). In der Folge tätigte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erwerbliche Abklärungen (Urk. 10/6, Urk. 10/8) und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 10/7) bei. Am 5. März 2009 erstattete Prof. Dr. med. Z.____, Neurologie FMH, ein vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenes Gutachten (Urk. 10/14). Mit Mitteilung vom 14. Juli 2009 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 10/19). Am 28. Juli 2009 erfolgte durch Dr. med. dipl. -psych. A.____, Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen des Taggeldversicherers eine erste psychiatrische Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 10. August 2009, Urk. 10/20). Nach weiteren erwerblichen (Urk. 10/22) und medizinischen (Urk. 10/28, Urk. 10/32, Urk. 10/34) Abklärungen sowie Zuzug der aktuellen Akten des Krankentaggeldversicherers

(Urk. 10/24, Urk. 10/35) begutachtete Dr. A.____ die Versicherte abermals im Auftrag des Taggeldversicherers (Gutachten vom 16. April 2011, Urk. 10/39). Mit Schreiben vom 31. Oktober 2011 auferlegte die IV-Stelle der Versicherten eine Schadenminderungspflicht in Form einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Urk. 10/44) und stellte ihr mit Vorbescheid vom 8. November 2011 (Urk. 10/46) eine halbe Rente ab dem 1. Mai 2010 in Aussicht. Dagegen erhob die GastroSocial, Pensionskasse der Versicherten, am 16. November 2011 Einwand (Urk. 10/48). Mit Einwandbegründung vom 10. Januar 2012 (Urk. 10/53) reichte die GastroSocial das Gutachten von Dr. med.

B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. Januar 2012 (Urk. 10/52) ein. Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/57, Urk. 10/61), in dessen Rahmen die Versicherte die Berichte der C.____, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. April 2012 (Urk. 10/60) und 30. Mai 2012 (Urk. 10/63) ins Recht legte, sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 19. September 2012 eine vom 1. Mai 2010 bis 31. März 2012 befristete

halbe Invalidenrente des Taggeldversicherers

zu (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine

Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Drei viertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

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

E. 1.4

).

E. 1.5

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wo bei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S.

121 E.

1b mit Hinweisen) Art. 88a der

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) fest zu setzen ist (vgl.

BGE 121 V 264 E.

6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit dem je nigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E.

2d am Ende, 369 E.

2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E.

3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E.

2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfü gungsweise geregelten Zeitraum und damit so wohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin an dauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E.

3c/ aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E.

4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 15. Oktober 2012 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei auch nach dem 31. März 2012 mindestens eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzu sprechen, es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen und es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren (Urk. 1) . Mit Eingabe vom 12. November 2012 (Urk. 6) reichte die Beschwerdeführerin das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 7) samt Beilagen (Urk. 8) ein. Mit Beschwerdeantwort vom 20. November 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf

Abwei sung

der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügungen vom 11. Dezember 2012 (Urk. 11) und 22. Januar 2013 (Urk. 14) forderte das hiesige Gericht die Be schwerdeführerin auf, weitere Unterlagen zur Substantiierung ihres Antrages auf unentgeltliche Prozessführung einzureichen. Dem kam sie mit Eingaben vom 17. Januar 2012 (Urk. 12, Urk. 13) und 5. Februar 2013 (Urk. 16, Urk. 17) nach. Mit Verfügung vom 2. April 2013 wies das hiesige Gericht das Gesuch um unentgeltliche Pro zessführung ab (Urk. 18). Replicando hielt die Beschwerde führerin an ihrem Be schwerdea n trag fest (Urk. 23). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 13. Sep tem ber 2013 auf die Erstattung einer Duplik (Urk. 27), was der Be schwer deführerin am 17. Sep tember 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 28).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung zusammengefasst damit, gemäss Gutachten von Dr. A.____ sei die Beschwerdeführerin nach Ablauf der Wartezeit im Mai 2010 als Köchin und auch für andere angepasste Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig gewesen, was einen Invaliditätsgrad von 50 % ergebe. Ab Untersuchungstermin bei Dr. B.____ am 22. Dezember 2011 könne von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer auf 80 % gesteigerten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Aus dem Einkommensvergleich resultiere e in Invaliditätsgrad von 20 %. Unter Berücksichtigung von drei Monaten be stehe ab dem 1. April 2012 kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen , Dr. B.____ sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass sie ihre Panikattacken auch ohne Be hand lung einig ermassen im Griff habe. Sie habe im weiteren Verlauf des Jahres 2012 unter ihren Panikattacken gelitten, wie der stationäre Aufenthalt im C.____ vom 26. März bis 20. April 2012 zeige. Gleiches gehe auch aus dem Spitex be richt und dem Bericht der behandelnden Psychiaterin hervor. Ihre Ar beitsun fähig keit habe im Juli 2012 noch 100 % betragen. Unter der Behandlung habe sich diese auf 50 % ab September 2012 verbessert (Urk. 1, Urk. 23) . 3.

E. 2.4

mit Hinweisen).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit für die Entscheid findung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr . B.____ diagnostizierte im Gutachten vom 10. Januar 2012 (Urk. 10/52) (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), (2) einen Status nach depressiven Reaktionen (ICD-10 F43.20), (3) eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), gebessert, (4) eine schwierige familiäre und finanzielle Lage (ICD-10 Z63,

Z59) sowie (5) eine mässige kulturelle Integration (ICD-10 Z60.3) (Urk. 10/52/11) . Die Probleme der Beschwerdeführerin hätten aufgrund politi scher Unruhen be gonnen, da die Familien vertrieben worden seien. Gemäss den Anga be n der Beschwerdeführerin sei vor allem ihr Ehemann miss handelt worden. Sie selber habe auch Misshandlungen erlitten. Zu eigentlichen Folterungen oder einer Vergewaltigung soll es gemäss den Angaben der B e

schwerdeführerin nicht gekommen sein. Sie gebe an, diese negativen Erlebnisse verarbeitet zu haben. Sie habe noch längere Zeit Angst vor der Polizei empfunden, habe sich dann aber unter Einwirkung der sicheren Verhältnisse in der Schweiz davon lösen können. Die Beschwerdeführerin habe auch verneint, dass in der Schweiz noch jemals sogenannte Flashbacks aufgetreten seien. Eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung könne also nicht diagnostiziert werden. In der Schweiz habe sich die Beschwerdeführerin vorerst erfreulich entwickelt. Sie sei arbeitstätig gewesen und habe für ihre Familie gesorgt. Im Laufe der Jahre hätten sich aber verschiedene Probleme eingestellt. Der Ehemann sei mit seinem Imbissstand in Schwierigkeiten geraten. Das Geschäft habe mehrmals geschlossen werden müssen. Die finanzielle Lage habe sich verdüstert. Die Beschwerdeführerin habe mit ihrer Arbeitstätigkeit als Hilfsköchin bis Juli 2008 durchgehalten. Bereits in jungen Jahren habe sie an Migräneattacken gelitten, welche sich im Laufe der Zeit verstärkt hätten. Zudem habe sich eine Schmerzsymptomatik mit Schwerpunkt in Nacken und Rücken eingestellt. Oft zeige diese eine Generalisierungstendenz. Die Migräneanfälle, die Schmerzen und der Schwindel hätten dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin die Arbeit als Köchin habe aufgeben müssen. Dadurch sei

die finanzielle Lage noch prekärer geworden, zumal die Taggelderleistungen später erloschen seien. Es erstaune nicht, dass bei der Beschwerdeführerin angesichts der drückenden familiären und sozialen Probleme depressive Krisen aufgetreten seien. Sie sei im März 2010 im Rahmen einer Krisenintervention kurz hospitalisiert gewesen. Es lägen aber keine Hinweise dafür vor, dass eine eigenständige psychische Störung existieren würde, wie dies die C.____ im Bericht vom 12. April 2010 ausgeführt habe (rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33). Vielmehr hätten jeweils kurze akute Krisen bestanden, welche bei eskalierenden familiären und sozialen Situationen aufgetreten seien. Die Beschwerdeführerin zeige anlässlich der Untersuchung (22. Dezember 2011) eine gewisse Neigung zur Niedergeschlagenheit. Sie könne sich aber sofort auffangen. Zusammenfassend sei die Depressivität nicht in deutlichem Ausmass vorhanden. Es könne ein Status nach depressiven Reaktionen diagnostiziert werden. Im Zusammenhang mit den häufigen Migräneanfällen und der Aufgabe der Arbeitstätigkeit seien ab 2009 Panikattacken aufgetreten. Sie leide dabei an starken körperlichen Beschwerden, worauf sich Ängste dazugesellten. Sie befürchte, je weils ohnmächtig zu werden. Teilweise sei sie auch nicht fähig, sich in grossen Menschenmengen aufzuhalten. Die geschilderte Symptomatik spreche für eine Panikstörung mit Agoraphobie. Die Beschwerdeführerin habe sich, als diese Attacken noch stark ausgeprägt gewesen seien, an der Psychiatrischen Poliklinik ambulant behandeln lassen. Sie habe diese Therapie später abgebrochen. Dem psychiatrischen Facharzt Dr. A.____, der in seinen Berichten angeführt habe, dass Angststörungen prinzipiell gut behandelbar seien, könne zugestimmt werden. Er habe eine

konsequente medikamentöse Behandlung vorgeschlagen, ebenso eine Psychotherapie. Die Beschwerdeführerin scheine gegenüber psychiatrischen Interventionen eine zwiespältige Haltung einzunehmen. So habe sie diese Behandlungen je weils nach einiger Zeit aufgegeben. Seit einem halben Jahr

stehe sie nicht in psychiatrischer Behandlung und nehme keine Psychopharmaka ein. Es sei möglich, dass sie nicht fähig sei, psychodynamische Zusammenhänge zu verstehen, oder, wie sie selber angebe, dass die Anfälle schwächer geworden

seien und sie von der Notwendigkeit einer Therapie nicht überzeugt gewesen sei. Aus psychiatrischer Sicht sprächen Angsterkrankungen tatsächlich gut auf medikamentöse Behandlungen an. Die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich von der Invalidenversicherung zur Schadenminderung aufgefordert worden, sei dieser Verpflichtung aber nicht nachgekommen. Zeitweise habe sie für ihr Verhalten finanzielle Gründe angegeben, da Schulden bei der Krankenkasse bestanden hätten. Zusammenfassend könne von einer psychischen Störung ausgegangen werden, welche behandelbar sei, nicht aber effektiv behandelt werde. Allerdings müsse bemerkt werden, dass die Beschwerdeführerin die Panikattacken auch ohne Behandlung einigermassen in Grenzen halten könne, träten diese doch nur noch zweimal pro Woche in schwächerem Ausmass auf. Sie habe zudem selber Abwehrmassnahmen gegen die Ängste entdeckt. Zudem lasse sich darauf hinweisen, dass die Beschwerdeführerin eine regelmässige Tagesgestaltung zeige, die Einkäufe selber besorge und innerhalb der Familie Kontakte pflege. Gegen eine relative Agoraphobie spreche auch, dass sie am 22. Dezember 2011 fähig gewesen sei, alleine mit dem Zug nach F. zu fahren und in einer fremden Stadt eine Adresse ausfindig zu machen. Die langjährige Schmerzsymptomatik könne als anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgefasst werden. Es bestünden auch ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie mässige soziale Integration, geringe Sprachkenntnisse, Neigung zur Aggravation, finanzielle und familiäre Probleme.

Es gebe eine psychische Komorbidität. Diese sei allerdings seit einiger Zeit deutlich gebessert. Es könne heute von einer mässigen psychischen Komorbidität ausgegangen werden. Die soziale Integration sei nicht verloren gegangen. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert. Die prämorbid Persönlichkeitsstruktur sei nicht auffällig gewesen. In den Akten liessen sich körperliche Krankheiten feststellen, insbesondere die Migräne. Damit würden zwar drei der verlangten Kriterien zu treffen, jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit zu mehr als 20 % eingeschränkt sei. Zu dieser Schlussfolgerung führe insbesondere die Tatsache, dass die psychische Komorbidität gebessert sei. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht nicht ungünstig (Urk. 10/52/7-10).

E. 3.2

mit Hinweisen). Dies ergibt ab Mai 2010 einen Invaliditätsgrad von 50 % und ab dem 22. Dezember 2011 einen renausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 %.

Da auch der Aufhebungszeitpunkt der Rente vom 1. April 2012, welcher die Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Ablauf von drei Monaten berücksichtigt (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV), zu keiner Korrektur Anlass gibt, ist die von der Beschwerdegegnerin zugesprochene vom 1. Mai 2010 bis 31. März 2012 befristete halbe Invalidenrente nicht zu beanstanden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Integration Handicap - 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, 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 Hurst Onyetube

E. 3.3

Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern.

E. 3.3.1

Zur abweichenden Einschätzung von Dr. D.____

im Bericht vom 17. Juni 2013 (Urk. 24/2) ist vorab festzuhalten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte behandelnder Spezialärzte der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc, Urteile des Bundesgerichts I 383/04 vom 26. November 2004

E. 3.4 und I 139/04 vom 20. Oktober 2004 E. 4.2.2, je mit Hinweisen).

Nur schon daher ist die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu erklären. Der Bericht enthält ferner keine eigenen Befunde, weshalb die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten im Zeitpunkt der Behandlung aufnahme am 31. Juli 2012 nicht nachvollziehbar ist. Dies umso mehr, als Dr. A.____ im Gutachten vom 10. August 2009 (Urk. 10/20) wie auch im Verlaufsgutachten vom 16. April 2011 (Urk. 10/39) bereits eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ersah (Urk. 10/20/10, Urk. 10/39/15) und Dr. B.____ aufgrund der gebesserten Panikstörung eine 80%ige Arbeitsfähigkeit annahm.

Den Akten sind weiterhin mehrfach Anhaltspunkte psychosozialer Belastungssituationen bzw. die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende nichtmedizinische Probleme zu entnehmen. So notierte Dr. A.____

„geringe kulturelle Integration, geringere Ausbildungsstand, ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, ungewisse berufliche Zukunft“

(Urk. 10/20/11) und „finanzieller Engpass, Dekonditionierung , sekundärer Krankheitsgewinn bei laufendem versicherungsrechtlichen Verfahren “

(Urk. 10/39/18). Auch Dr. B.____ vermerkte ungünstige krankheitsfremde Faktoren (vgl. E. 3.1). Insoweit also Dr. D.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, ohne sich mit krankheitsfremden Faktoren auseinanderzusetzen, handelt es sich lediglich um eine psychosoziale Beurteilung der Leistungsfähigkeit, welche invaliden versicherungsrechtlich irrelevant ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 198/04 vom 7. Januar 2005 und I

125/05 vom 11. August 2005 E .

E. 3.3.2

Hinsichtlich der Befunderhebung, der diagnostischen Einordnung des anerkanntermaßen psychisch bedingten Leidens der Beschwerdeführerin sowie des konkreten Ausmasses der daraus resultierenden medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit hat sich die rechtliche Beurteilung auf die schlüssigen Stellungnahmen der begutachtenden Fachärztinnen und Fachärzte der Psychiatrie zu stützen , wogegen es nicht Sache der Betreuungsperson der psychiatrischen Spiex als Nichtmediziner in sein kann, darüber im Streitfall zu befinden. Bereits aus diesem Grund vermag deren abweichende Beurteilung im Bericht vom 7. Juni 2013 (Urk. 24/1) die Schlussfolgerungen von Dr . B.____ nicht in Frage zu stellen. Sie ist aber auch insoweit nicht beweiskräftig, als die beschriebenen Pflegeprobleme überwiegend auf den Angaben der Beschwerdeführerin beruhen. Aufgrund der dokumentierten subjektiven Krankheitsüberzeugung und Tendenz zur Aggravation kommen jedoch Zweifel an den Aussagen der Beschwerdeführerin auf. So hielt Dr. Z.____ im neurologischen Gutachten vom 5. März 200

E. 3.3.3

Auch der Einwand der Beschwerdeführerin, der stationäre Aufenthalt in der C.____ vom 26. März bis 20. April 2012 zeige, dass sie auch im weiteren Verlauf des Jahres 2012 unter ihren Panikattacken gelitten habe, überzeugt nicht. Dr. B.____ stellte nicht in Abrede, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor unter Panikattacken litt . Er schloss jedoch aus den Angaben der Beschwerdeführerin, dass sich die Panikstörung verbessert hatte . Nicht darzulegen vermochte die Beschwerdeführerin, weshalb sie sich erst ab dem 26. März 2012 in ernsthafte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begab, nachdem ihr

dies von Dr. A.____ bereits im Gutachten vom 10. August 2009 (Urk. 10/20/10), den Ärzten der C.____ im Bericht vom 12. April 2010 (Urk. 10/32/3) sowie Dr. B.____ (Urk. 10/52/13) empfohlen und ihr von der Beschwerdegegnerin

am 31. Oktober 2011 gar eine Schadenminderungspflicht (Urk. 10/44) auf erlegt wurde. Allein die fehlende Sicherstellung der Finanzierung durch die Krankenkasse – wie die Beschwerdeführerin beschwerdeweise geltend machte - kann nicht der Grund gewesen sein, teilte sie doch Dr. B.____ mit, die Ärzte des G.____ hätten ihr gesagt, sie könne sich trotz Zahlungsunfähigkeit behandeln lassen, und sie habe die Behandlung abgebrochen, weil sie von deren Nutzen nicht überzeugt gewesen sei (Urk. 10/52/5). Auf diesen Aussagen ist die Beschwerdeführerin zu behaften. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem geringen Leidensdruck auszugehen, welcher sich erst in dem Zeitpunkt erhöhte, als es der Beschwerdeführerin aufgrund des von der Pensionskasse eingereichten Gutachtens von Dr. B.____ klar sein musste, dass ihr die bereits in Aussicht gestellte

unbefristete halbe Invalidenrente allenfalls doch nicht zugesprochen werden könnte.

Dass zwischen der Begutachtung durch Dr. B.____

am 22. Dezember 2011 und dem Behandlungsbeginn am 26. März 2012 eine namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgt wäre, machte die Beschwerdeführerin nicht geltend und lässt sich den Akten auch nicht entnehmen. Im Übrigen standen bei der Hospitalisation

in der C.____

die depressiven Symptome im Vordergrund, wurde sie doch in die Spezialstation für Depressionserkrankungen aufgenommen (Urk. 10/63/3). Hinsichtlich der depressiven

Symptomatik verliess sie die C.____ nach rund einem Monat in stark gebessertem

Zustand (Urk. 10/63/4). Dies spricht dafür, dass es sich um eine

leicht bis höchstens mittelschwere psychische Störung aus dem depressiven Formenkreis handelt, die grundsätzlich

als therapeutisch angebar zu betrachten ist

(vgl. Habermeyer / Venzlaff, Affektive Störungen, in: Psychiatrische Begutachtung, 5. Aufl. 2009, S.

193; SVR 2012 IV Nr.

18 = 9C_418/2010 E.

5.3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1).

Sie ist daher definitionsgemäss vorübergehender Natur und als labile psychische Leiden nur ausnahmsweise invalidisierend (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 138/06 vom 21. Dezember 2006 E. 4.2).

Entsprechend diagnostizierte Dr. A.____ im Gutachten vom 10. August 2009 keine depressive Erkrankung (Urk. 10/20/8) und erachtete im Verlaufsgutachten vom 16. April 2011 die rezidivierende Störung als remittiert (Urk. 10/39/14). Dr. B.____

verneinte eine eigenständige psychische Störung und beschrieb jeweils kurze akute Krisen, welche bei eskalierenden familiären und sozialen Situationen auftraten (Urk. 10/52/8). Nicht von ungefahr notierten die behandelnden Ärzte der C.____ im Zusammenhang mit der Hospitalisation anstehende psychosoziale Probleme und die Mühe der Beschwerdeführerin mit dem Auszug der Söhne und dem Alleinsein (Urk. 10/63/4). Die von den behandelnden Ärzten der C.____ bereits anlässlich der ersten Kurzhospitalisation im März 2010 (vgl. Bericht vom 12. April 2010, Urk. 10/32) diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung wurde von Dr. B.____ (Urk. 10/52/7) in Übereinstimmung mit Dr. A.____ (Urk. 10/39/14) nachvollziehbar verneint.

Im Übrigen befand sich die Beschwerdeführerin bereits einmal vom 8. bis 10. März 2010 in stationärer psychiatrischer Behandlung in der

C.____ (vgl. Bericht vom 12. April 2010, Urk. 10/32) und gab Dr. B.____ seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Kenntnis dieses Aufenthalts und des entsprechenden Austrittsberichts der C.____ ab. Mit der Beschwerde gegen ihn ist daher davon auszugehen, dass der erneute Aufenthalt zu keiner wesentlichen anderen Beurteilung des medizinischen

Sachverhalts führt.

E. 3.3.4

Was die von Dr. B.____ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung angeht, ist aufgrund der bis zum Untersuchungszeitpunkt vom 22. Dezember 2011 stark verbesserten Angststörung mangels psychischer Komorbidität von erheblicher Schwere von deren willentlichen Überwindbarkeit im Umfange von 80 % aus zu gehen, wie Dr. B.____ schlüssig begründete (Urk. 10/52/10). 3. 4

Zusammengefasst ist somit aufgrund der überzeugenden Feststellungen im Gutachten von Dr. B.____

erstellt, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin bis zum Begutachtungszeitpunkt am 22. Dezember 2012 nachhaltig verbessert hat und ihr bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungsspflicht zumutbar ist, ihrer angestammten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen. 4.

Da die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Köchin nach Ablauf des Wartjahres im Mai 2010 zu 50 % und ab dem 22. Dezember 2011 zu 80 % hätte ausüben können, ist die Vornahme eines Prozentvergleichs erlaubt. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (BGE 114 V 313 mit Hinweisen). Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2007 vom 30. Oktober 2007 E.).

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person

bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im

Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

E. 9

(Urk. 10/14) eine Migräne gemäss ICD-10 G43.9 fest. Angesichts der zu erhebenden klinischen Präsentation mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen den anamnestischen Angaben zur aktuellen Schmerzstärke sowie dem erhobenen klinischen Befund blieben Ausprägung und Beeinträchtigungsgrad der von der Beschwerdeführerin vorgetragene migränösen Symptomatik zweifelhaft. Die erhobenen anamnestischen Daten zur Freizeitaktivität unterstützten die Annahme einer migränebedingten wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls nicht. Angesichts der erhobenen Anamnese sowie des unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefundes habe er der Beschwerdeführerin zu einer Wiederaufnahme der Arbeit mit einem Pensum von 50 % spätestens ab dem 1. April 2009 und einem Pensum von 100 % spätestens ab dem 1. Mai 2009 geraten. Die genannte stufenweise Staffelung sei dabei nicht medizinisch, sondern im Sinne einer Brücke zur Akzeptanz für die latent mürrisch und vorwurfsvoll reagierende Begutachtete zu verstehen. Dabei habe er seinerseits nochmals auf die depressionsfördernde Wirkung von Untätigkeit und auf die fehlenden Hinweise für einen negativen Effekt von Arbeit auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hingewiesen. Die Beschwerdeführerin habe je doch insgesamt wenig motiviert erschienen (Urk. 10/14/9-10). Widersprüche ergeben sich ferner auch aus den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. B.____ und ihren Vorbringen in der Beschwerde. Anlässlich der Begutachtung berichtete sie, die Angstanfälle seien bei Weitem nicht mehr so stark wie anfänglich. Oft gelang es ihr, mit geeigneten Massnahmen, zum Beispiel indem sie die Fenster öffne, die Angstzustände zu lindern. Aus verschiedenen Gründen, zum Beispiel auch wegen den Finanzen, habe sie die in der Psychiatrischen Poliklinik begonnene Behandlung aufgegeben. Allerdings hätten ihr die Ärzte der Poliklinik mitgeteilt, dass sie trotz Zahlungsunfähigkeit weiterhin zur Therapie kommen könne. Da sie vom Nutzen dieser Behandlung nicht überzeugt gewesen sei, habe sie schlussendlich damit aufgehört. Einen Psychiater suche sie seit anderthalb Jahren nicht mehr auf. Zeitweise habe sie vom Hausarzt angstlösende Medikamente erhalten. Seit fünf Monaten nehme sie auch diese nicht mehr ein. Die Ängste würden sich in Grenzen halten und seien allgemein zurückgegangen. Heute (22. Dezember 2011) habe sie beispielsweise ohne weiteres im Zug alleine von E.____ nach F.____ reisen können (Urk. 10/52/5). Beschwerdeweise kritisierte die Beschwerdeführerin das Gutachten unter anderem deshalb, Dr. B.____ habe zu Unrecht den Schluss gezogen, sie habe die Panikattacken auch ohne Behandlung einigermaßen im Griff. Es stimme nicht, dass sie Abwehrmassnahmen gegen die Ängste

entdeckt habe , wieder alleine öffentliche Verkehrsmittel benutzen könne und unter anderem alleine nach F.____ gereist sei (Urk. 23 S.

3 f.).

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