

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00670 vom 21. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00670

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00670 du 21 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00670 del 21 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

Die 1961 geborene und als Reinigungsangestellte erwerbstätige X.____ meldete sich am 6. Juni 2012 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf Knie- und Rücken-Arthrose sowie auf eine reaktive Depression zum Leistungsbezug an (Urk. 8/8) . Daraufhin führte die IV-Stelle Abklärungen in beruflicher und erwerblicher Hinsicht durch . Ins besondere liess sie die Versicherte internistisch-rheumatologisch sowie psychi atrisch begutachten. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/34 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 20. Juni 2013 den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2) . Gleichentags verfügte sie auch die Abweisung des Begehrens um Arbeitsvermittlung (Urk. 8/48).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (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.

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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). 2.

Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf das eingeholte interdisziplinäre

Gutachten davon aus, dass der im Gesundheitsfall mutmasslich voll erwerbstätigen Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (Urk. 2, Urk. 7).

Demgegenüber bemängelt

die Beschwerdeführerin die interdisziplinären Gutachten in verschiedener Hinsicht

und macht unter Hinweis auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geltend (Urk. 1 S. 3 ff., Urk.

E. 2

Gegen die rentenablehnende Verfügung vom 20. Juni 2013 erhob X. ___ am 23. Juli 2013 Beschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter um Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren medizinischen Abklärung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2013 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), worüber die

Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2013 orientiert wurde (Urk. 9). Am 1. Oktober 2013 reichte die Beschwerdeführerin ein Arzteugnis nach (Urk. 10-11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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.

E. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____

erfüllt sämtliche Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage: Es beruht auf einer eingehenden internistisch-rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander was hinsichtlich der auf eine Schmerzausweitung hindeutenden Diskrepanzen von Bedeutung ist und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein.

E. 4.2

Gegen das interdisziplinäre Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ wendet die Beschwerdeführerin zwar ein, es beruhe auf einer unvollständigen Aktenlage. So seien die Angaben des behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im ärztlichen Zeugnis vom 6. Juni 2012 (Urk. 8/17 S. 2) lediglich mit „schlecht leserlich“ kommentiert worden. Von Dr. C.____, Facharzt für Chirurgie, sei kein Bericht angefordert worden.

Sodann sei auf den bereits ein halbes Jahr alten Bericht von Prof. A.____ vom 1. Juli 2012 (Urk. 8/14), abgestellt worden (Urk. 1 S. 3 f., S. 5). Weiter sei die Beurteilung der Gutachter nicht einleuchtend. Insbesondere bestehe eine Diskrepanz zwischen der Schwere der Gonarthrose und der Annahme einer voll zeitlichen Arbeitsfähigkeit für leichte Reinigungsarbeiten. Schliesslich habe der psychiatrische Gutachter das Vorliegen einer Depression ungenügend abgeklärt (Urk. 1 S. 4 f., S. 6).

E. 4.3

Dem ist indes zu entgegnen, dass sich die Beschwerdeführerin zur Zeit der gutachterlichen Untersuchungen noch nicht in der erst am 20. Februar 2013 aufgenommenen psychiatrischen Behandlung durch Dr. B.____ befand (vgl. Urk. 3/6). Eine vertiefte Auseinandersetzung mit Dr. B.____s Angaben im ärztlichen Zeugnis vom 6. Juni 2012 war somit nicht angezeigt. Trotzdem gab Dr. Z.____ dessen wenig aussagekräftigen

Inhalt in seinem Gutachten vollumfänglich wieder (vgl. Urk. 8/31 S. 2). Die von Dr. B.____ erwähnten Ängste fanden im Gutachten mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung gebührend Niederschlag.

Dr. Y.____

hingegen hatte ihre Beurteilung auf die Fachgebiete

der Rheumatologie und der Inneren Medizin zu beschränken. Die Nichtberücksichtigung von Dr. B. ___s psychiatrischem Attest vom 6. Juni 2012 schmälert den Beweiswert ihrer Beurteilung nicht. 4. 4

Weiter vermögen Dr. B. ___s Angaben in dem vom Rechtsvertreter eingeholten Bericht vom 2. Juli 2013 (Urk. 3/6) die Beweiskraft des bidisziplinären

Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Insbesondere ist davon auszugehen, dass Dr. Z. ___ die Symptome einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung während des lediglich einen Monat vor Behandlungsaufnahme stattgefundenen Explorationsgesprächs festgestellt hätte. Der im Gutachten ausführlich wieder gegebene Psychostatus weist in keiner Weise auf ein schwereres affektives Leiden hin, wie es Dr. B. ___ diagnostiziert hat.

Leichte bis höchstens mittel schwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten ferner als grundsätzlich therapeutisch angebar (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.3.2 mit Hinweisen [nicht publ. in: BGE 138 V 339]).

Eine leichte depressive Symptomatik vermag keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden darzustellen.

Auch vermochte der psychiatrische Gutachter das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung unter Hinweis auf den unauffälligen Lebenslauf der Beschwerdeführerin nachvollziehbar verneinen. Die in sogenannter ICD-10-Z-Kodierung gestellte Diagnose einer Akzentuierung der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszüge stellt

rechtsprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_605/2012 vom 23. Januar 2013 E. 3.3 mit Hinweisen). Dr. B. ___ hingegen unterliess es im Bericht vom 2. Juli 2013, eine plausible Begründung für die von ihm gestellte Diagnose einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.6) anzugeben, weshalb seine Angaben auch diesbezüglich nicht zu überzeugen vermögen.

Schliesslich erscheint auch die von Dr. B. ___ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) als fragwürdig. Der von der Beschwerdeführerin beschriebene

Vorfall am Arbeitsplatz (offenbar Entdeckung eines bereits vollendeten Einbruchs mit Sachbeschädigung) mag zwar belastend gewesen zu sein, ihm fehlt jedoch die für die Qualifikation als traumatisches Erlebnis in ICD-10 F43.1 geforderte Schwere. Als Auslöser einer Traumatisierung wird ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass vorausgesetzt, welche bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hiezu gehören durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein (vgl. dazu Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 207). Weitere traumatische Erlebnisse lassen sich auch Dr. B. ___s Bericht vom 2. Juli 2013 nicht entnehmen, weshalb das Vorliegen einer posttraumatischen

Belastungs störung nicht erstellt ist. 4. 5

Zwar ist der Beschwerdeführerin zuzustimmen, dass es fraglich erscheinen mag, ob die vollzeitliche Ausübung einer leichten Reinigungstätigkeit angesichts der unbestrittenen massen fortgeschrittenen beidseitigen Kniegelenkarthrose

(vgl. dazu auch Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 3. September 2012, Urk. 3/4, sowie Bericht des Chirurgen Dr. C.____

vom 10. Juli 2013, Urk. 3/3) zugemutet werden könnte (Urk. 1 S. 4). Geeigneter als diese stehend und gehend auszuübende Tätigkeit erscheint eine knieschonende, überwiegend sitzende Tätigkeit. Wie unten darzustellen sein wird, wird sich diese Anpassung des Anforderungsprofils bei weitem nicht zumutbarem Pensum jedoch nicht entscheidend auswirken. 4. 6

Hinsichtlich der geklagten Rückenbeschwerden ist keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt. Die von Dr. C.____ im Bericht vom 10. Juli 2013 (Urk. 3/3) angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge degenerativer Veränderungen an der Lendenwirbelsäule ist nicht weiter begründet und vermag die von Dr. Y.____ nach Auseinandersetzung mit den geklagten Rückenschmerzen und den Befunden der im Januar 2013 veranlassten Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule beziehungsweise Ganzkörper-Skelettszintigraphie (Urk. 8/29 S. 24)

abgegebene Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. 4. 7

Schliesslich vermögen auch die Angaben von Prof. A.____

in den Berichten vom 1. Juli 2012 (Urk. 8/14) und 29. April 2013 (Urk. 8/43) sowie in den (unbegründeten) Arztzeugnissen vom 16. November 2012, 17. Februar 2013 und 17. Mai 2013 (Urk. 8/40, Urk. 8/43, Urk. 8/45; vgl. auch das als Urk. 10 im Prozess eingereichte undatierte Arztzeugnis) eine höhere Arbeitsunfähigkeit nicht zu belegen. Prof.

A.____

attestiert

der Beschwerdeführer in eine nahezu anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ohne auf die Frage einzugehen, auf welchen (medizinischen) Grundlagen

diese Einschätzung beruhen soll. Vielmehr scheint er den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin von „anhaltenden“,

„unerträglichen“ Schmerzen (Urk. 8/14 S. 2) deutlich mehr Gewicht beigemessen zu haben als die Gutachterin Dr. Y.____. Bei der Würdigung seiner Beurteilung rechtfertigt es sich sodann, der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Auch Prof.

A.____s

Intervention bei der Beschwerdeführerin nach Erlass der ablehnenden Verfügung (Urk. 8/50) zeugt von einer über die ärztliche Behandlung hinausgehende Wahrnehmung der Interessen der

im damaligen Zeitpunkt bereits rechtlich vertretenen

Beschwerdeführerin. 4. 8

E. 7

Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 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 Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 11

). 3. 3.1

Die umstrittene bidisziplinäre

Expertise

umfasst das

internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. med. und Dr. sc. nat. Y.____, Fachärztin für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, vom 8. Februar 2013 (Urk. 8/29) sowie das

psychiatrische Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Februar 2013 mit interdisziplinärer Zusammenfassung

(Urk. 8/31).

Dr. Y.____

stellte folgende Diagnose

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/29

S. 23): - Knieschmerzen beidseits bei - rechts: aktivierter medial betonter Pangenarthrose - links: kongenitaler patella

bipartita und Pangenarthrose und aktivierte r Retropatellar-Arthrose (Röntgen und Szintigraphie 01/2013)

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass sie dagegen folgenden Diagnosen bei (S. 23): - Ausgedehnte chronische Schmerzen - Adipositas Grad II - Vitamin - D-Mangel (21 nmol /l) - Subklinische Hypothyreose (Erstdiagnose 05/2009) - Hypercholesterinämie (6 mmol/l)

Weiter führte die Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin habe über allseitige Schmerzen, Kraftlosigkeit und Anschwellen der Arme geklagt (S. 29). In der klinischen Untersuchung sei die Adipositas Grad II der wesentlichste Befund gewesen. Wegen kraftvoller Gegendruckspannung habe die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule nicht geprüft werden können. Brust- und Halswirbelsäule sowie alle grossen peripheren Gelenke, insbesondere auch beide Knie, seien normal beweglich. Die Beschwerdeführerin nehme bei der Untersuchung spontan den Langsitz ein. Damit könne eine wesentliche lumbale neurale

Kompression aus geschlossen werden. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Nirgends seien Synovitiden oder Gelenksergüsse sichtbar oder palpabel. In der Dolorimetrie seien sämtliche 18 Tender Points wie auch alle acht Kontrollpunkte

pathologisch, was auf eine Schmerzausweitung hinweise. Da die Mehrheit der Kontrollpunkte pathologisch sei, könne keine Fibromyalgie diagnostiziert werden. Die im Januar 2013 durchgeführten Röntgenuntersuchungen beider Knie (S. 36) zeigten die oben beschriebenen Befunde. Die Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule (S. 31) zeige eine mittelgradige Osteochondrose L2/L3. Diese Osteochondrose sei szintigraphisch nicht mehr aktiv. Daher handle es sich um einen nicht gravierenden Befund und es sei kein Lumbovertebralsyndrom

zu diagnostizieren. Die im Januar 2013 aufgenommene Ganzkörper-Skelettszintigraphie (S. 30) zeige ausser in beiden Knieen keine wesentlichen vermehrten Aktivitäten, insbesondere keine Arthritiden. Aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde sowie der Laborresultate könne eine entzündliche rheumatische Erkrankung ausgeschlossen werden. Bei der Beschwerdeführerin bestünden degenerative Veränderungen beider Knie, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Die vorhandenen Befunde erklärten jedoch das Ausmass der Beschwerden nicht. Diese seien im Rahmen von ausgedehnten Schmerzen zu interpretieren. Muskelschmerzen könnten ein Symptom des Vitamin-D-Mangels sein, welcher durch Substitution in der Regel gut behoben werden könne (S. 24).

Beim Ausziehen der Socken habe die Beschwerdeführerin spontan den Langsitz auf der Untersuchungsliege eingenommen. Diskrepanz dazu sei, dass sie unmittelbar danach beim Prüfen des Lasègues rechts bereits bei 30° und links bei 25° starke Schmerzen geäussert und keine Fortsetzung dieser Untersuchung zulassen habe. Da kein reflektorischer Bewegungswiderstand feststellbar gewesen sei, handle es sich keinesfalls um einen pathologischen Lasègue, sondern am ehesten um eine Verdeutlichungstendenz. Es seien zahlreiche Diskrepanzen bei der Beweglichkeit in der direkten Untersuchung und unter Ablenkung vorhanden gewesen. Sogar der Gang habe sich normalisiert, wenn die Beschwerdeführerin abgelenkt gewesen sei. Auch bei der Untersuchung der Handkraft hätten sich auf eine Selbstlimitierung hindeutende Diskrepanzen ergeben (S. 25).

Die Beschwerdeführerin könne leichte Reinigungsarbeiten ganztags ausführen. Diesbezüglich sei sie nie langfristig arbeitsunfähig gewesen. Infolge des Knieleidens könne sie seit dem Bericht von Prof. Dr. med. A. ____, Facharzt für Anästhesiologie, vom 25. April 2012 (Urk. 8/7 S. 1) schwere Reinigungsarbeiten mit Hantieren von Lasten über 10 kg nicht mehr ausüben (S. 26). 3.2

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. Z. ____, vom 18. Februar 2013 (Urk. 8/31) wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 6): - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Akzentuierung der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Laut dem Gutachten leide die Beschwerdeführerin seit etwa sechs Jahren unter gesundheitlichen Problemen. Sie habe damals allein einen Kindergarten gereinigt. Eines Morgens sei sie an den Arbeitsplatz gekommen und habe gemerkt, dass jemand ins Gebäude eingedrungen sei und alle Wände mit Farbe verschmiert habe. Sie habe grosse Angst bekommen und ihren Chef informiert, der die Polizei kontaktiert habe. Sie habe im Gebäude niemanden gesehen;

s either habe sie aber immer Angst. Sie sei auch vergesslicher geworden und habe nicht mehr gut schlafen können (S. 3 f.).

Während der Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin auf den Gesprächs Inhalt konzentrieren können und insbesondere ihre Beschwerden fließend und genau geschildert, was auf unauffällige mnestiche Funktionen hindeute. Im formalen Denken sei sie geordnet gewesen, wenngleich stark auf die eigenen Sorgen, Befürchtungen und Unfähigkeiten eingeengt. Inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin vordergründig stark verängstigt, innerlich unruhig und zitterig gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert, affektiv sei die Beschwerdeführerin aber modulierbar gewesen. Ein affektiver Rapport sei gut herstellbar gewesen. Im Antrieb sei die Beschwerdeführerin unauffällig, motorisch wenig lebhaft gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben (S. 5).

Weiter führte

Dr. Z.____

aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden keine Hinweise auf eine genetische Vulnerabilität oder Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung einer psychiatrischen Erkrankung. Die Kindheit sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen. Damit ergäben sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin habe im Heimatland die Grundausbildung abgeschlossen, womit sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit oder Pubertät ausgeschlossen würden. Die Beschwerdeführerin habe weiter 19-jährig geheiratet und eine eigene Familie gegründet. Sie sei seitdem über Jahre den sozialen Anforderungen ohne Probleme gewachsen gewesen. Sie habe jahrelang eine konstante Arbeitsleistung erbracht und konstante zwischenmenschliche Beziehungen gepflegt. Anhaltende Störungen der Impuls- oder Affektkontrolle seien weder anamnestisch erhoben worden noch aktenmässig dokumentiert. Damit könnten prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert inklusive einer Persönlichkeitsstörung auch im Erwachsenenalter klar ausgeschlossen werden. Aufgrund der anamnestischen Angabe leide die Beschwerdeführerin seit sechs bis sieben Jahren an einer generalisierten Angststörung. Trotzdem habe sie weiterhin über Jahre eine konstante Arbeitsleistung erbracht.

Damit könne sozialmedizinisch von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit trotz gestellter Diagnose einer generalisierten Angststörung ausgegangen werden. Abgesehen von subjektiven Konzentrationsstörungen habe die Beschwerdeführerin während der Exploration keine weiteren Einschränkungen der psychokognitiven Funktionen aufgewiesen. Aus psychiatrischer Sicht könne ihr somit weiterhin keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Nach dem Verlust einer sinnvollen Tagesstruktur aufgrund der schmerzbedingten Vermeidungshaltung sei es zu einer erheblichen Dekonditionierung in Form von verminderter Psychomotorik und körperlicher Erschöpfung bei fehlenden Antriebsstörungen gekommen. Deswegen sollten die etablierten therapeutischen Massnahmen zur Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit mit regelmässigen körperlichen Aktivitäten und gezielter Entspannung ergänzt werden (S. 6). Abschliessend hielt Dr. Z.____

dafür, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen (S. 7).

In der interdisziplinären Zusammenfassung kamen Dr. Z.____

und Dr. Y.____ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen sei. Aus rheumatologischer Sicht könne sie die nicht adaptierten Tätigkeiten am letzten Arbeitsplatz seit April 2012 nicht mehr ausüben. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit ohne Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg sowie leichte Reinigungsarbeiten seien dagegen ganztags zumutbar (S. 8) . 4.

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