

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00411 vom 24. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00411

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00411 du 24 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00411 del 24 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

bestehe kein Anspruch auf eine Rente mehr . Erwerbs- und Haushaltsbereich bemass sie dabei mit je 50 % (Urk. 2/1-3).

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 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. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 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 (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

E. 1.3

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch

ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 1.4

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

E. 1.5.1

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 ausglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5.2

Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs.

E. 1.5.3

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs.

E. 1.6

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, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen 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 demjenigen 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 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfü gungswise geregelten Zeitraum und damit sowohl 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). 2.

E. 2

IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerde im Wesentlichen geltend machen, spätestens nach dem 1. September 2011

sei eine Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes eingetreten. Insoweit hätte die Beschwerdegegnerin – wie von ihr auch zuerst vorgesehen – ergänzende Abklärungen vornehmen müssen (Urk. 1 S.

E. 2.2

Die IV-Stelle verwies in ihrer Beschwerdeantwort auf ihre Akten und hielt fest, auch der Anspruch auf die befristet zugesprochene Rente sei nicht klar ausgewiesen (Urk. 9). In der Stellungnahme vom 18. September 2015 führte sie aus, im Rahmen der Begutachtung im Zentrum C.____ hätten abgesehen von einer apathisch-gehemmten depressiven Stimmung kaum objektive Befunde vorgelegen. Die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung seien von der Versicherten nicht ausgeschöpft worden. Auslöser der depressiven Störung sei eine eheliche Problematik. Insgesamt sei angesichts des nicht erheblichen Schweregrades, der Therapierbarkeit und der bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren nicht von einem invalidisierenden Leiden auszugehen (Urk. 15).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen

ist

somit der Rentenanspruch ab 1. September 2011 und dabei insbesondere , ob sich nach der Begutachtung im Zentrum C.____

bis zum Verfügungs erlass am 5. März 2014 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingestellt hat und ob bei der Invaliditätsbemessung zusätzlich psychisch bedingte Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind . Vom Gericht zu überprüfen ist zudem auch die Rechtmässigkeit der zugesprochenen befristeten Renten. 3.

E. 3

IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 3.1

Da die Beschwerden der Versicherten nach der Spaltung des Carpaltunnels am 14. November 2007 andauerten, veranlasste der Unfallversicherer eine Beurteilung durch Dr. med. D.____, Arzt für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 19. Mai 2008 eine Quetschverletzung der rechten Hand mit richtunggebender Verschlimmerung eines wahrscheinlich vorbestehenden, aber völlig asymptomatischen Carpaltunnelsyndroms rechts und die Entwicklung eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms Typ I

(CRPS I)

im Anschluss an die unvollständige operative Carpaltunnelspaltung vom 14. November 2007. Neben der ausgeprägten somatischen Komponente mit neuropathischen Beschwerden mit Ausstrahlung bis weit nach proximal liegt mittlerweile eine erhebliche Schmerzbestimmung des ganzen Verhaltens vor (Urk. 10/7/44). Die von Dr. D.____ und den weiteren Ärzten (vgl. Urk. 10/6/14 , 10/ 6/12) empfohlene Revisionsoperation erfolgte am 8. September 2008 (Urk. 10/12/1). Dabei konnten keine Anzeichen für die vorgängig ange nommene beziehungsweise vermutete unvollständige Spaltung des Carpalkanals gefunden werden (Urk. 10/12/3). Die Ärzte spalteten das Narbenäquivalent des Retinaculum

flexorum und nahmen eine mikroskopische Neurolyse vor und deckten das Neurom mit einem distal gestielten

Unterfaszienlappen (Urk. 10/12/1).

Die Arbeitgeberin kündigte der Versicherten mit Schreiben vom 24. September 2008 per 31. Dezember 2008 (Urk. 10/8/12).

Im Anschluss an den operativen Eingriff

wurde eine psychotherapeutische Behandlung veranlasst und ab 23. Oktober 2008 aufgenommen (vgl. Urk. 10/6/8, 10/19).

E. 3.1.1

mit Hinweisen).

Für die Beschwerdeführerin in Frage kommt neben den bereits im Urteil IV.2012.00490 vom 11. Februar 2013 erwähnten Überwachungs- und Kontrollaufgaben (vgl. Urk. 10/113/5) etwa die Tätigkeit an einer modern eingerichteten Kasse. Die Beschwerdeführerin ist bezüglich der Auswahlen der Tätigkeiten in relevantem Masse eingeschränkt, was grundsätzlich einen Abzug von 15 % rechtfertigt. Selbst wenn man jedoch einen grosszügigen Abzug von 20 % vornimmt, ist

– wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - ein Rentenanspruch zu verneinen.

Ausgehend von einem Invalideneinkommen von Fr. 21'353.32 (80 % von Fr. 26'691.65) resultiert im Vergleich mit dem Valideneinkommen von Fr. 35'240.90 ein Invaliditätsgrad im Erwerbsebereich von 39,4 % .

E. 3.2

Nach dem Gutachten der Agentur Z.____ vom 12. Februar 2009, welches auf den Beurteilungen von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und von Dr. med. F.____, Arzt für Chirurgie und Traumatologie, beruht, wirkt es sich eine Medianusneuropathie rechts sowie eine Anpassungsstörung mit ängstlichen und depressiven Anteilen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus (Urk. 10/18/29). Die Angaben der Versicherten, dass sie den rechten Arm nicht mehr einsetzen könne und dass sehr grosse Schmerzen bestehen würden, könnten in diesem Ausmass gemäss der Anamnese und der neurologischen Befunde insbesondere der normalen somatosensibel evozierten Potentiale nicht nachvollzogen werden (Urk. 10/18/31). Es bestünden Zeichen der Ausweitung, der Selbstlimitierung und der Inkonsistenz bei der Versicherten mit belastenden Faktoren wie kultureller Hintergrund, familiäre Belastung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Problematik (Urk. 10/18/31). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Küchenmitarbeiterin mit einem Pensum von 40% sei von psychiatrischer und orthopädischer Seite her insgesamt um 50% eingeschränkt. In einer anderen, den Unfallfolgen angepassten und zumutbaren Tätigkeit, etwas mehr händeschonend, zum Beispiel als Verkäuferin, als Kassierin oder als Überwacherin von Bildschirmen könnte die Versicherte eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 50%, nämlich 75% erreichen (Urk. 10/18/32). Nach den Angaben des Psychiaters Dr. E.____

im Bericht vom 16. März 2009 bestanden neben der Anpassungsstörung psychologische Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor

beeinflussten (Schmerzverarbeitungsstörung in Verbindung mit körperlichen und psychischen Krankheitsfaktoren, ICD-10 F 54). Diese wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 10/18/13). Unter der mittlerweile etablierten psychotherapeutischen und gegebenenfalls einer ergänzenden medikamentös-antidepressiven Behandlung sei eine vollständige Remission des Beschwerdebilds in sechs bis spätestens zwölf Monaten zu erwarten (Urk. 10/18/18).

E. 3.3

Gemäss den Angaben der Ärzte des Zentrums G.____

vom 23. April 2009 (Urk. 10/19) befand die Versicherte sich weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung, wobei bis anhin 21 Sitzungen stattgefunden hätten. Es lägen eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F 43.22), Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit (Z 56) und Ereignisse, die den Verlust des Selbstwertgefühls in der Kindheit zur Folge haben (ICD-10 Z 61.3),

vor.

Der

Bericht über die Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt datiert vom 11. Juli 2009 (Urk. 10/25).

E. 3.4

Die Versicherte wurde in der Psychiatrie H.____ am 24. Februar 2010 ambulant psychiatrisch untersucht (Bericht vom 25. Februar 2010, Urk. 10/57/18). Die Ärzte diagnostizierten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Weiter bestehe der Verdacht auf Vorliegen einer depressiven und ängstlichen Reaktion (ICD-10 F 43.22). Die Ärzte erachteten eine weitere Abklärung zur Prüfung, ob insoweit eine

eigenständige affektive Erkrankung vorliege, sowie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine Anpassung der Medikation als dringend erforderlich (Urk. 10/57/19).

Der Psychiater Dr. B.____

verneinte im Gutachten vom 1. Mai 2010 , welches auf der Untersuchung der Versicherten vom 15. März 2010 beruht, die Frage, ob die Versicherte an einer psychischen Störung leide. Die psychischen Beschwerden seien unspezifisch und nicht Ausdruck einer psychischen Störung im Sinne eines erheblichen Gesundheitsschadens (Urk. 10/57/12) . Die eher leichtgradigen psychischen Auffälligkeiten interpretiere er – in Übereinstimmung mit den Vorakten – als eine Reaktion auf die persistierende Schmerzsymptomatik. Dies sei keine psychische Störung, sondern eine normale Reaktion auf psychisch belastende Lebensumstände (Urk. 10/57/14). Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte voll arbeitsfähig (Urk. 10/57/15). Er diagnostizierte eine - sich allerdings nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, bei psychosozialer Belastung und chronischen Schmerzen (ICD-10 F

43.21) sowie einen Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und hysterischen Anteilen (ICD-10 Z 73.1) sowie auf schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F 13.1). Aus den Akten ergäben sich und im Rahmen der Untersuchung hätten sich zahlreiche Inkonsistenzen gezeigt: Die Medikamentencompliance sei fraglich. Es bestehe eine erhebliche Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz. Die Versicherte habe sich während der Untersuchung theatralisch und appellativ , streckenweise unkooperativ und ausweichend verhalten (Urk. 10/57/12).

Wie gegenüber Dr. B.____ (vgl. Urk. 10/57/8) gab die Versicherte auch gegenüber dem Handchirurgen Dr. A.____ am 20. April 2010 an, unter fürchterlichen anfallsartigen Schmerzen zu leiden, die von den Fingern über die Arme bis zur Halsseite rechts und auch bis zum Ohr und in die rechte Körperseite ausstrahlten (Urk. 10/57/23). Dr. A.____ hielt im Gutachten vom 21. April 2010 fest, wegen der von der Versicherten angegebenen Schmerzen sei eine korrekte klinische Untersuchung nicht möglich gewesen (Urk. 10/57/24-25). Eine konkrete Ursache für diese massive Überempfindlichkeit der gesamten rechten oberen Extremität habe er angesichts der eingeschränkten Untersuchungsmöglichkeiten nicht finden können. Die demonstrierten funktionellen Störungen seien sicher schmerzbedingt und hätten aller Vermutung nach keine organische Ursache (Urk. 10/57/26). Die Versicherte sei als Küchenmitarbeiterin wie auch für jede andere Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Wegen der chronischen Schmerzen und der Panikattacken sei eine Arbeit sfähigkeit undenkbar (Urk. 10/57/27). Der Gutachter empfahl ergänzende diagnostische Abklärungen sowie eine Ausschöpfung der Möglichkeiten der Schmerzbehandlung (Urk. 10/57/28).

E. 3.5

Auch im Zentrum C.____ gestalteten sich die körperlichen Untersuchungen der rechten Hand als schwierig (Urk. 10/65/21, 10/65/29). Der Ärzte diagnostizierten insoweit ein chronisches Schmerzzustand des rechten Armes bei neurographisch persistierendem demyelinisierendem Carpaltunnelsyndrom, bei anamnestisch bestandenem Verdacht auf stattgehabtes CRPS sowie bei funktioneller Überlagerung im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 10/65/37). Weiter diagnostizierten sie einen plantaren Fersensporn links mit subjektiv ausgeprägter Schmerzproblematik sowie eine rechtsseitige Achillodynie

(Urk. 10/65/37) sowie eine sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende arterielle Hypertonie und Adipositas (BMI 36.2). Die Arbeitstätigkeit als Hilfsköchin sei aus somatischer Sicht nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien vorwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeiten, die weder belastende bimanuelle Tätigkeiten, noch Präzisionstätigkeiten, noch die rechte Hand belastende Tätigkeiten beinhalteten mit einem Hebe- und Haltelimit von 8 kg (Urk. 10/65/41 und 10/72; vgl. auch Urk. 10/71).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wurde eine eindeutige apathisch-gehemmte depressive Symptomatik festgestellt, die aktuell mindestens ein leichtes bis mittelschweres Ausmass erreiche. Dahinter stehe als Auslöser klar eine eheliche Problematik. Daneben bestehe eine psychosomatische Entwicklung mit vorwiegender Weichteilbeteiligung, welche am ehesten als anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu klassifizieren sei (Urk. 10/65/35 f.). Diagnostiziert wurde entsprechend eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelschwere Episode bei Problemen in der Beziehung zum Ehepartner, und differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Urk. 10/65/39; vgl. auch Urk. 10/65/35). Auf psychiatrischer Ebene bestünden erhebliche Abwehren, die Versicherte sehe ihre Problematik auf somatischer Ebene und lehne eine psychogene Interpretation ab (Urk. 10/65/40). Die psychosomatische Problematik sei dominant (Urk. 10/65/39). Die depressive Problematik kompliziere die Sache zusätzlich. Ihr würden sie einen gewissen Krankheitswert zumessen, den sie mit 20 % bemessen würden (Urk. 10/65/41-42).

E. 3.6

Nach den Angaben von Dr. med. I.____, Spezialarzt für Chirurgie, vom 1. März 2013 betreue er die Versicherte seit dem Jahr 2008 schmerzmedizinisch. Schmerzrelevante Diagnosen seien ein chronisches neurogenes Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität bei Status nach CRPS Typ 2 nach Medianuskontusion und anschliessender Kompression im Carpalkanal und zweimaliger Spaltung des Carpalkanals, ein cervicocephales Schmerzsyndrom, ein Fasciitis

plantaris rechts, eine reaktive Depression bei posttraumatischer Belastungsstörung sowie eine psychosoziale Belastungssituation (Urk. 10/114). Die Schmerzen liessen sich bis heute mit allen vernünftigen medizinischen Mitteln nicht ausreichend beherrschen (Urk. 10/114). Dr. med. J.____, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 12. März 2013 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) reaktiviert durch das Unfallereignis vom 6. Juli 2007, eine wahnhaftige Störung (ICD-10 F 22.9), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0). Die aktuelle 100 %ige Arbeitsunfähigkeit beruhe auf den Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung, der wahnhaften Störung und der depressiven Störung. Dabei handle es sich um vollständig isolierte, das heisst von der somatoformen Schmerzstörung verselbständigte Störungen (vgl. Urk. 10/115/1-2, 10/117/2 ; vgl. auch Urk. 7/1).

E. 4

.

E. 4.1

Die Versicherte liess unter Verweis auf die Berichte von Dr. I.____ vom 1. März 2013 und von Dr. J.____ vom 12. März 2013 geltend machen, ihr Gesundheitszustand habe sich nach

der Begutachtung im Zentrum C.____ verschlechtert, weshalb ihr ab dem 1. September 2011 weiterhin und ab diesem Zeitpunkt eine ganze Rente auszuzahlen sei (Urk. 1 S. 2) .

Dr. I.____ schildert im Bericht vom 1. März 2013 den langwierigen Verlauf mit Schmerzausweitung und Chronifizierung . Eine nach dem 1. September 2011 eingetretene Verschlechterung der gesundheitlichen Situation ist daraus nicht ersichtlich (Urk. 10/114). Dr. J.____ führt im Bericht vom 1 2. März 2013 unter anderem aus, mit dem Unfallereignis sei ein lebensbedrohliches traumatisches Ereignis aus der Jugendzeit reaktiviert worden mit Flashbacks, Hyperarousal , Alpträumen sowie psychogen erlebten Lähmungszuständen. Hiermit einher sei eine zunehmend e depressive Entwicklung gegangen (Urk. 10/115). Die Versi cherte wurde nach dem Unfall vom 6. Juli 2007 verschiedentlich untersucht und unterzog sich ab dem 23. Oktober 2008 bis circa Januar 2010 (vgl. Urk. 10/57/8) einer psychotherapeutischen Behandlung. Dabei wurden keine entsprechenden Beschwerden geltend gemacht oder festgestellt. Dies gilt für die Behandlung am Zentrum G.____ ab 23. Oktober 2008 (vgl. Urk. 10/19 /1-3), die Begutach tung durch Dr. E.____ (vgl. Gutachten vom 16. März 2009, Urk. 10/18/10-12), die Beurteilung durch die Psychiatrie H.____ vom 25. Februar 2010 (Urk. 10/57/18-19), die Begutachtung durch Dr. B.____ (Bericht vom 1. Mai 2010, Urk. 10/57/7-10) sowie das Gutachten des Zentrums C.____ vom 1 2. Juli 2011 (Urk. 10/65/ 33-35) . Unter diesen Umständen ist die Diagnose einer nach dem Unfall vom 6. Juli 2007 reaktivierten posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollziehbar.

Was die ebenfalls neu gestellte Diagnose einer wahnhaften Störung (vgl. ICD-10 F 22.9) betrifft, ist auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med.

K.____ , Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, zu verweisen , welcher Auffassung zu folgen ist. Dr. K.____ hielt fest, dass die Versicherte sich nach erfolgter Observation verfolgt fühle , sei menschlich und nachvollziehbar. Eine Fixierung darauf sei noch keine wahnhafte Störung. Diese Symptomatik sei im Rahmen der depressiven Störung zu subsumieren (Urk. 10/121/4). Ins gesamt vermag der Bericht der behandelnden

Dr. J.____ das Gutachten des Zentrums C.____ nicht in Frage zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014, E. 6.4) noch eine nachvollziehbare Verschlec hterung des Gesundheitszustand s zu belegen .

Damit behält die Beurteilung der Gutachter des Zentrums C.____

(mindestens) bis zum Zeit punkt der Verfügung vom

E. 4.2

Das interdisziplinäre Gutachten des Zentrums C.____ vom 1 2. Juli 2011 erfüllt die von der Rechtsprechung gestellten Erwartungen

(vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversi cherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen , Das ärztliche Guta ch ten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.) und darauf kann - wie bereits im Urteil IV.2012.00490 vom 11. Februar 2013 (Erw . 2.4.2) festgehalten - grundsätzlich abgestellt werden.

E. 4.3

Aufgrund der bei der Beschwerdeführerin gegebenen somatischen Ein - schränkun gen ist damit von der vollständigen Arbeitsunfähigkeit als Küchen - mitarbeiterin auszugehen. Eine

dem Leiden angepasste Tätigkeit kann die Versicherte dagegen vollzeitig ausüben (vgl. Urk. 10/72) .

E. 4.4

.2

Die Versicherte gab gegenüber den Ärzten des Zentrums C.____ andauernde Schmerzen an, weswegen sie oft auch nicht ein- oder durchschlafen könne (Urk. 10/65/15). Sie gab weiter an, daheim meistens zu liegen und zu weinen . Der Haushalt werde hauptsächlich durch ihre Mutter und ihre Schwester, sofern diese anwesend seien , oder aber auch durch eine Nachbarin und die älteste Tochter erledigt . Sie selbst räume gelegentlich etwas im Haushalt auf, sonst mache sie nichts. Soweit sie nicht von ihrer Schwester oder ihren Kindern gedrängt werde, bleibe sie den ganzen Tag daheim. Den laufenden Fernseher oder Radio nehme sie dabei kaum wahr (Urk. 10/65/14-15 , 10/65/34).

Die für zu Hause beschriebene affektiv beeinträchtigte Grundstimmung zeigte sich auch im Rahmen der Begutachtung im Zentrum C.____ mit Klagsamkeit , Tränen in den Augen und Verzweiflung . Auch Dr. J.____ führt e im Bericht vom 12. März 2013 entsprechende Befunde an

(Urk. 10/65/34 , 10/115/2). Wie sich aus den im gleichen Zeitraum erfolgten Beobachtungen ergibt, begab sich die Versicherte aber doch regelmässig alleine oder in Gesellschaft ausser Haus (Urk. 10/96 /4-5 , 10/97 /4-5). Dabei wurde sie auch beobachtet, wie sie die rechte Hand normal einsetzte ; sie war sodann auch in der Lage , ohne nennenswerte Probleme gewisse Strecken zu Fuss zurückzulegen (Urk. 10/96/3, 10/97/3) . Auch bezüglich der kognitiven Funktionen erlebte sie sich im Zentrum C.____

als stärker beeinträchtigt, als objektiv feststellbar war (vgl. Urk. 10/65/34). Nach den Angaben von Dr. J.____ ist die Versicherte denn auch

gut fähig, regelmässig und pünktlich zu ärztlichen Konsultationsterminen zu erscheinen (Urk. 10/115 /1). Die Versicherte ist sodann um guten Kontakt mit ihren Kindern bemüht (Urk. 10/115/1). Sie versorgt sich weiter selbst (Urk. 10/25/8).

Eine persönliche Betreuung nimmt die Versicherte insofern in Anspruch als zusätzliche Aufgaben im Haushalt von ihrer Familie übernommen werden müssen. Von einer beträchtlichen medizinischen Betreuung oder Zuwendung ist dagegen nicht auszugehen.

Im Verlauf wurde sodann mehrmals auf Verdeutlichungstendenzen , Selbstlimitierung und Inkonsistenz hingewiesen (vgl. Urk. 10/18/14 -15, 10/18/31 , 10/57/10) . Insgesamt ist damit von einer durchschnittlichen

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome auszugehen.

E. 4.4.1

Gemäss dem Gutachten des Zentrums C.____ leidet die Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung , leichte bis mittelschwere Episode (Urk. 10/65/37).

Strittig und zu prüfen ist, ob die diagnostizierten

psychischen Leiden

eine Invalidität begründen .

E. 4.4.3

Ausschlaggebender Indikator, welcher gegen eine durch die somatoforme Schmerzstörung bedingte invalidisierende Arbeitsunfähigkeit spricht, sind die nach wie vor bestehenden Behandlungsoptionen. Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht mehr angebar sind. Das Bundesgericht will ausdrücklich an dieser bisherigen Rechtsprechung festhalten (vgl. BGE 141 V 299 E. 4.3.1.2).

Von fehlenden Behandlungsoptionen kann aufgrund der Einschätzungen der Gutachter des Zentrums C.____ nicht ausgegangen werden. Zwar hielten diese fest, dass die Arbeitsfähigkeit durch Behandlung der somatischen Leiden nur bedingt zu verbessern sei (vgl. Urk. 10/65/41). Der Psychiater Dr. med. M.____ hielt aber auch fest, primär wichtigster Schritt sei die Hinführung der Versicherten auf die wahren Quellen ihres Leidens, nämlich die Psyche, und die Aufnahme einer vertieften und adäquaten Psychotherapie (Urk. 10/65/36, 10/65/40). Dass eine solche Hinführung auf die wahren Quellen des Leidens mangels Einsichtsfähigkeit der Versicherten von vorneherein zum Scheitern verurteilt wäre, ist aufgrund der ärztlichen Ausführungen nicht anzunehmen. Die Fortführung beziehungsweise (Wieder-)Aufnahme der in der Zeit ab Oktober 2008 bis circa Januar 2010 erfolgten Psychotherapie und medikamentösen Therapie war sodann bereits vor der Begutachtung im Zentrum C.____ von den Ärzten der Psychiatrie H.____

im Bericht vom 25. Februar 2010 sowie von Dr. B.____

im Gutachten vom 1. Mai 2010

für dringend erachtet worden (vgl. Urk.

E. 4.4.4

Bei der Versicherten bestehen keine schweren körperlichen Begleiterkrankungen. Vielmehr bestehen nur geringe objektive Befunde (vgl. Urk. 10/65/37). Mit der diagnostizierten rezidivierenden Depression liegt jedoch eine psychische Komorbidität vor, welche nach den Angaben der Gutachter des Zentrums C.____ die Situation zusätzlich kompliziert (Urk. 10/65/42). Insoweit gingen die Gutachter von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Urk. 10/65/42).

Nach der bisherigen Rechtsprechung kam einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur ausnahmsweise invalidisierender, das heisst einen Rentenanspruch begründender Charakter zu. Als ein Umstand, der die Verwertung der Arbeitskraft als unzumutbar erscheinen liess, galt eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013, E. 3.1). Selbst wenn die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen war, bedingte deren Annahme doch, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt, und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wurde, deren Scheitern das Leiden als resistent auswies. Fehlte es daran, war nach der Rechtsprechung keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil 9C_917/2012 vom 14. August 2013, E. 3.2). Mit der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 301 E. 4.3.1.3 verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen

Konnextität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor. Weiterhin zu beachten ist jedoch, dass eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, auch keine Komorbidität darstellt (BGE 141 V 301 E. 4.3.1.3

mit Hinweis auf E. 4.3.1.2). Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer leichten bis höchstens mittel schweren Depression bedingt

– wie erwähnt - in der Regel, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist

(Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015, E. 4.4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 141 V 301 E. 4.3.1.3 mit Hinweis auf E. 4.3.1.2).

Von einer konsequenten Depressionstherapie kann bis anhin nicht ausgegangen werden. Auch insoweit – wie bezüglich der dominanten

somatoformen Schmerzstörung (vgl. Erw . 4.4.3) -

fehlt es vielmehr an einer optimalen und nachhaltigen Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten wie einer Psychotherapie und medikamentösen Therapie (vgl. Urk. 10/57/19-20).

Zudem spielten für die Entstehung und spielen für die Aufrechterhaltung der depressiven Störung psychosoziale Umstände, namentlich die schwierige Beziehung zum Ehepartner, eine wesentliche Rolle (Urk. 10/65/35, 10/65/39). Zwar kann aufgrund der medizinischen Akten nicht angenommen werden, dass mit dem Wegfall der belastenden Lebensumstände unmittelbar auch die Störung verschwinden würde, es ist jedoch zumindest fraglich, ob angesichts der Relevanz der psychosozialen Umstände der erforderliche erhebliche

Ausprägungsgrad der depressiven Problematik vorliegt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_140/2014 vom 7. Januar 2015 , E. 3.3 , und 9C_252/2014 vom 17. Juni 2014, E. 3.1.3).

Der diagnostizierten rezidivierenden depressiven , leicht- bis mittelgradigen Störung kann zusammenfassend

keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden . Damit ist sie im Hinblick auf die somatoforme Schmerzstörung auch nicht als ressourcenmindernd zu berücksichtigen .

E. 4.4.5

Dr. B.____ äusserte den Verdacht auf das Bestehen von akzentuierten Persönlichkeitszügen (Urk. 10/57/10). Eine Persönlichkeitsstörung wurde im Verlauf jedoch nicht diagnostiziert (vgl. Urk. 10/18/14). Die Versicherte war vor dem Unfall leistungsfähig und arbeitete neben der zu betreuenden Grossfamilie ausser Haus . Zudem hielt sie verschiedenen psychosozialen Belastungen stand (Urk. 10/65/31-32 , 10/65/40) . Damit ist grundsätzlich von bestehenden Ressourcen auszugehen. Soweit die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, im Gutachten des Zentrums C.____

werde festgehalten, sie habe verzweifelt gewirkt, bei der Anamneseerhebung mehrfach geweint, dann auch wieder abwesend gewirkt, und sie habe deutliche Schwierigkeiten , zeitliche Zusammenhänge zu konstruieren , und insoweit

sie daraus auf fehlende Ressourcen schliesst, ist festzuhalten, dass diese Befunde

im Zusammenhang mit der ebenfalls diagnostizierten depressiven Störung zu betrachten sind (vgl. Urk. 16 S. 4, vgl. Urk. 10/65/34) .

Was den sozialen Kontext betrifft, so bestehen bei der Versicherten Ressourcen und Hemmnisse . Sie verfügt über gute Kontakte in der Familie , abgesehen von der gestörten ehelichen Beziehung (Urk. 10/65/40). Namentlich wird sie von ihren – teilweise bereits erwachsenen Kindern – sowie von ihrer Herkunftsfamilie , ihrer Mutter und ihrer Schwester, unterstützt (Urk. 10/65/14-15).

E. 4.4.6

Das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin ist nicht besonders hoch und steht grundsätzlich in angemessenem Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit. Hingegen wird aufgrund der

nur wenig in Anspruch genommenen Therapien und Behandlungen kein erheblicher Leidensdruck spürbar (vgl. Urk. 10/65/15).

E. 4.4.7

Gesamthaft betrachtet resultiert auch aus der somatoformen Schmerzstörung bei mittelgradiger Ausprägung und bestehenden Behandlungsoptionen keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit. Damit ist für die Zeit ab der Begutachtung im Zentrum C.____ neben den somatischen Einschränkungen keine zusätzliche psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen.

E. 4.5

Zu prüfen bleibt, von welcher Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Verlauf, das heisst vor der Begutachtung im Zentrum C.____

mit Untersuchungen vom Mai 2011 (vgl. Urk. 10/65/2) auszugehen ist. Die Gutachter des Zentrums C.____

konnten

insoweit keine abschliessende Beurteilung vornehmen (vgl. Urk. 10/65/44).

Für die Zeit ab Juli 2008 bis Februar 2009 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Angaben von Dr. med. L.____ vom 20. Oktober 2008 und ging im beruflichen Bereich von einer vollständigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aus (Urk. 10/6/7-9, 10/26/5).

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes ab Februar 2009 bis Mai 2011

erachtete die Beschwerdegegnerin das

Gutachten der Agentur Z.____ (vgl. Urk. 10/26/5, 10/80/7) als massgeblich . Dass der somatische Gesundheitszustand im Februar 2009 , dem Zeitpunkt der Begutachtung in der Agentur Z.____ (vgl. Urk. 10/18/21) , im Vergleich zum Zustand im Juli 2008 vor dem zweiten operativen Eingriff vom 8. September 2008 mit Revision des Carpalkanals verändert war, ist ohne Weiteres anzunehmen. Das Abstellen auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit , wie sie die Gutachter der Agentur Z.____ vorgenommen hatten, ist zudem vertretbar. Dabei kann offen bleiben, ob die Annahme einer durch den psychischen Gesundheitszustand begründeten Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt war. Denn die bei der Ausübung einer angepassten, etwas mehr händeschonenden Tätigkeit angegebene Einschränkung von 25 %

wurde sowohl somatisch als auch psychisch begründet (vgl. Urk. 10/18/32 , 10/18/19). Damit ist mit der Beschwerdegegnerin anzunehmen, dass die Versicherte ab Februar 2009 bei der Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit zu 25 % eingeschränkt war (Urk. 10/26/6).

Für die Zeit ab Mai 2011 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung durch das Zentrum C.____ (vgl. Urk. 10/80/7). Auch für die Zeit zwischen

Juni 2009 – per 1. Juni 2009 erfolgte die Herabsetzung der Dreiviertels- auf eine Viertelsrente -

und Mai 2011

ist eine Veränderung des Gesundheitszustandes anzunehmen, welche es erlaubt, eine Anpassung der Rente vorzunehmen .

Während der Begutachtung in

der Agentur Z.____ fand noch eine Behandlung der rechten Hand in Form von Physio- beziehungsweise Ergotherapie statt (Urk. 10/18/26). Die Ärzte liessen offen, ob die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bleibend sei (Urk. 10/18/32). Bei der Beurteilung durch das Zentrum C.____

lag dann ein (mittlerweile) chronischer Schmerzzustand des rechten Armes vor (Urk. 10/65/37, 10/114). Die Gutachter des Zentrums C.____ hielten zudem fest, es lasse sich nicht mehr rekonstruieren, welche Anteile der Arbeitsfähigkeit im Verlauf rein somatisch bedingt und welche durch eine psychosomatische Überlagerungs- und Ausweitungsproblematik induziert gewesen seien (Urk. 10/65/44). Dies spricht für Veränderungen im Verlauf und für das Abstellen auf die zeitnahen ärztlichen Beurteilungen. Im Zentrum C.____ wurden zudem Beeinträchtigungen berücksichtigt, die sich aus dem zwischenzeitlich diagnostizierten Fersensporn links und einer Achillodynie rechts ergaben (vgl. Urk. 10/65/37, 10/65/44). Damit war es sachgerecht , dass die Beschwerdegegnerin erst für die Zeit ab Mai 2011 auf die umfassende C.____ -Beurteilung abgestellt hat. Ausgehend davon ging sie ab September 2011 (drei Monate nach Verbesserung, vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) zu Recht von der vollständigen Arbeitsfähigkeit der Versicherten bei der Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit aus. 5. 5. 1

Strittig ist einzig die Invaliditätsbemessung für die Zeit ab September 2011

(vgl. Urk. 1 S. 2 und S. 6) . Die früheren Invaliditätsbemessungen blieben dagegen zu Recht unbeanstandet.

E. 5

März 2014 grundsätzlich

ihre Gültigkeit.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Bemessung des Valideneinkommens vom Einkommen aus, welches die Versicherte als Küchenmitarbeiterin im Institution Y.____ erzielt hatte. Im Jahr 2006 vor dem Unfall erzielte sie ein Einkommen von Fr. 29'701. -- (Urk. 10/5/2). Daneben bestand seit dem Jahr 2002 ein regelmässiger Nebenverdienst mit einem bis ins Jahr 2006 gleichgebliebenen Einkommen von jährlich

Fr. 3'000.-- (Urk. 10/5/1-2). Mit diesen beiden Tätigkeiten zusammen war die Versicherte zu 50 % tätig (vgl. Urk. 2).

Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Nominallohn - entwick lung ergibt sich für das Jahr 2011 ein E inkomme n aus der Haupt - tätigkeit von Fr. 32'007.90 (Bundesamt für Statistik [BFS] , Schweizeri scher Lohnindex nach Branche, 1993 = 100 [im Internet abrufbar], Nominal lohnindex Frauen [T 1.2.93], Total: 2006 = 119,4, 2010 = 127,4, sowie 2010 = 100 [im Internet abrufbar], Nominalindex Frauen [T 1.2. 10], Total: 2011 = 101). Zuzüglich die Fr. 3'000. --

aus dem Nebenverdienst r esul tiert ein Betrag von Fr. 35'007.9 0. Passt man auch die Fr. 3'000.-- der Nominallohnentwicklung an, womit Fr.

3'233.-- zu berücksichtigen wären, so resultiert ein Valideneinkom men von Fr. 35'240.9 0. 5.3

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die Tabelle TA1 der Schwei zerischen Lohnstrukturhebung 2010 des BFS abzustellen. Das durch schnittliche monatliche Einkommen der Frauen bei der Ausübung einfacher und repetitiver Tä tigkeiten betrug Fr. 4'225.-- (im Jahr Fr. 50'700.--). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2011 (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [im Internet abrufbar], Total: 2011 = 41,7 Stunden) und der bis zum Jahr 2011 eingetretenen Nominallohnentwicklung (2010 = 100 , 2011 = 101, vgl. oben Erw . 5.2) ergibt sich ein Inva lideneinkommen von Fr. 53'383.3 0. Bei 50%iger Tätigkeit somit Fr. 26'691.6 5.

E. 5.4

Die Beschwerdeführerin liess geltend machen, es sei wegen de r leidensbedingten Einschränkungen und wegen des Alters der maximal mögliche Abzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 6 f.).

Die Beschwerdeführerin war im Juli 2011, dem Zeitpunkt als die Zumutbarkeit der höheren Erwerbsfähigkeit feststand (vgl. BGE 138 V 457 E.

3.3), knapp 45 Jahre alt. Ein Abzug wegen des Alters rechtfertigt sich damit von vorneher ein nicht.

Zu prüfen ist damit lediglich, wie hoch der leidensbedingte Abzug zu veranschla gen ist ; weitere Merkmale fallen nicht in Betracht . Die Beschwerde gegnerin hat diesen mit 10 % bemessen, die Beschwerdeführerin beantragt wie erwähnt eine Erhöhung auf 25 % . Die Beschwerdeführerin kann vorwiegend sitzende Tätigkeiten ausüben, sofern diese weder belastende

bimanuelle Tätig keiten beinhalten noch Präzisionstätigkeiten erfordern noch das rechte Hand gelenk belasten. Das Heb e- und Haltelimit beträgt 8 kg (vgl. Urk. 10/72) .

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unter scheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätig

keit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b) - unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E.

E. 5.5

Der Anteil der Erwerbstätigkeit beträgt 50 % . Zu berücksichtigen ist somit ein Teilinvaliditätsgrad von 19,7 % . Zusammen mit der unbestritten gebliebenen Einschränkung im Tätigkeitsbereich von 18 % (36 % von 50 %) resultiert ein Invaliditätsgrad von 37,7 % . Damit resultiert kein Rentenanspruch für die Zeit ab 1. September 2011. Die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marcel Bühler - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Tanner Imfeld

E. 10

/57/19 -20, 10/57/15-16 und 10/57/8) , wobei sie eine positive Prognose stellten .

Eigentliche Antidepressiva nimmt die Versicherte sodann nicht ein (vgl. Urk. 10/65/15). Das Präparat Remeron hatte sie bereits vor der Untersuchung durch Dr. E.____ am 12. Februar 2009 wegen der Nebenwirkungen sistiert (Urk. 10/18/11). Bei der Untersuchung durch Dr. B.____

gab sie an, das Antidepressivum Surmontil einzunehmen (Urk. 10/57/8), welches Präparat die Versicherte bei der Angabe der aktuellen Medikation im Zentrum C.____ nicht mehr erwähnt (Urk. 10/65/15, 10/65/35).

Dass sich bezüglich Behandlung beziehungsweise bezüglich der

Behandlungsoptionen

bis zum Verfügungszeitpunkt etwas geändert hätte, wird

weiter nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 16 S. 4).

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