

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00446 vom 10. Juli 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00446 du 10 juillet 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00446 del 10 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

8. Oktober 2011 (Urk. 7/20) teilte die IV-Stelle der Ver si cher ten mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmass nahmen möglich seien.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All g gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Ge sundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver bleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 1.2

mit Hin weisen).

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer De pression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depres sio n im Sinne eines verselbst ändigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der be troffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerz proble ma tik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 2 6. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinwei sen ; vgl. auch U rteil

9C_856/2013 vom 8.

Oktober 2014 E. 5.1.2).

Zwar ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Stö rung nicht schlechthin auszuschliessen , indes bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbst ändiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressi ves Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie be folgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bun des ge richts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit

Hinweisen).

E. 1.5

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art.

E. 1.6

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. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.7

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. 1.8

) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Demgemäss ist vorliegend als einzige psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittels einer Episode mit somatischem Syndrom, ausgewiesen. 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ausführungen von Dr. C.____ geltend macht, es läge seit dem Verkehrsunfall eine posttraumatische Belastungsstörung vor (vorstehend E. 2.2), so ist ihr entgegenzuhalten, dass für die Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E.

4.3) und folglich nicht einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt werden kann. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise

stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Dem zufolge lassen die Ausführungen von Dr. C.____ keine begründeten Zweifel an der schlüssigen Beurteilung von Dr. A.____ aufkommen. 4. 4

Das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin, es liege nur eine mittelgradige depressive Episode und nicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, vor (Urk. 1 S. 5) , ist inso weit unbehelflich , als bei einer rezidivierenden depressiven Störung im Gegensatz zu einer depressiven Episode eher von einer ungünstigen Prognose in Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszugehen ist und dies inso weit der Beschwerdeführerin zugute kommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_484/2012 vom 26. April 2013 E.

4.3.2.2).

Eine rezidivierende depressive Störung ist durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert , wobei die einzelnen Episoden zwischen drei und zwölf Monaten dauern. Die Besserung zwischen den einzelnen Episoden ist dabei im Allgemeinen vollständig, wobei nur eine Minderheit von Patienten eine anhaltende Depression entwickelt, für welche allerdings ebenfalls die Kategorie F33 (rezidivierende depressive Störung) verwendet werden sollte (Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern 2014, S.

177). Aufgrund dessen kommen keine begründeten Zweifel an der Klassifizierung von Dr. A.____ auf. 4 . 5

Der Argumentation der Beschwerdegegnerin, die psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin fänden ihre Erklärung ausschliesslich in der Erkrankung des Sohnes und es liege somit kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor (vorstehend E.

2.1), ist allerdings entgegen zu halten , dass auch wenn die seit

Jahren vorhandenen ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des depressiven Beschwerdebildes der Beschwerdeführerin mitverantwortlich sein mögen, klar ein verselbständigter psychiatrischer Gesundheitsschaden vorliegt.

So führte insbesondere Dr. J.____

deutlich aus, dass zwar psychosoziale Belastungsfaktoren vorlägen, die Symptomatik jedoch in erster Linie aus den diagnostisch abgebildeten Störungen resultiere und die

festgestellte Arbeitsunfähigkeit nicht auf die psychosozialen Parameter zurückgehe (vorstehend E. 3.8). Auch Dr. A. ___ gab an, dass es sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert handle (vorstehend E. 3.14). Die Argumentation der Beschwerdegegnerin erweist sich demgemäss als aktenwidrig

und es kann ihr in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vorstehend E. 1.3) nicht gefolgt werden. 4. 6

Es ist indessen stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen (vorstehend E.

1.1-2), wobei mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten (vorstehend

E. 1.4). Ein Rentenanspruch kann

grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht aus geschöpft werden. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und damit der durch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bewirkt werden kann, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor. Allerdings bedingt

deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzerkrankung, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt

(Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E.

3.2.2 mit Hinweis). Dies folgt aus dem Grundsatz der Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht.

Wurde anlässlich der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. J. ___ noch festgehalten, dass es sich bei der psychischen Störung um ein derzeit zwar beträchtliches, aber doch als vorübergehend anzusehendes, einer adäquaten Behandlung kausal zugängliches Krankheitsbild handle (vorstehend E.

3.7), so führte Dr. A. ___ diesbezüglich aus, dass die Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Jahr 2012 durch Dr. J. ___ in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehe, es allerdings trotz dem nicht zu einer Rückbildung der depressiven Symptome gekommen sei. Eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei auch unter den therapeutischen Massnahmen mittelfristig nicht mehr zu erwarten (vorstehend E.

3.14). Dieser Ansicht schloss sich auch der RAD-Arzt Dr. K. ___ an, indem er als Schadenminderungspflicht eine nachhaltige fachärztliche Psycho- und Pharmakotherapie empfahl, indessen nur zur Erhaltung der vorhandenen Restarbeitsfähigkeit (vorstehend E.

3.15). Daneben führte Dr. K. ___ explizit aus, dass bei der gutachterlich ausgewiesenen rezidivierenden depressiven Störung die Überwindbarkeit

nicht zu prüfen sei, da die psychokognitiven Funktionen anhaltend eingeschränkt

seien (vorstehend E. 3.17). Nach dem Gesagten ist vorliegend ein Invalidisieren der Gesundheitsschaden zu bejahen. 4.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht eine adaptierte Tätigkeit zu 80 % zumutbar ist, wobei diese leicht, wechselbelastend, meist sitzend, ohne Lastenheben, ruhig und geordnet sowie ohne Kundenkontakt sein soll. In psychischer Hinsicht ist sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. A. ___ – dem sich insbesondere auch der RAD-Arzt Dr. K. ___ anschloss – abzustellen und somit insbesondere ab September 2010 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen, wobei die Beschwerdeführerin für Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, mit sehr hohen Anforderungen an die geistige Flexibilität und Schnelligkeit sowie Nacharbeit nicht geeignet ist.

Eine Kumulation der einzelnen attestierten Arbeitsunfähigkeiten erscheint bei Berücksichtigung der jeweiligen Belastungsprofile und der Tatsache, dass die psychischen Beschwerden klar im Vordergrund stehen, hingegen nicht angezeigt. Es ist demzufolge davon auszugehen, dass die in den somatischen Beschwerden begründete 20%ige Arbeitsunfähigkeit in der 50%igen Arbeitsunfähigkeit auf Grund der psychischen Beschwerden aufgeht. Für die nachfolgende Prüfung der Auswirkungen der Einschränkungen und so mit für die Bemessung des Invaliditätsgrades ist nach dem Gesagten von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen, wobei sowohl das somatische als auch das psychische Belastungsprofil zu berücksichtigen sind. 5.5.1

Es bleibt damit die Prüfung der Auswirkungen dieser Einschränkungen vorzunehmen. Vorliegend gelangt unbestrittenermassen die gemischte Methode zur Anwendung, wobei die Beschwerdeführerin als zu 90 % Erwerbstätige und zu 10 % im Aufgabenbereich Tätige zu qualifizieren ist (Urk. 2 S. 2), was angesichts der Erwerbsbiographie und familiären Situation der Beschwerdeführerin als plausibel erscheint und im Weiteren auch nicht bestritten wurde. 5.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2011, abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1).

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens (Urk. 2 S. 2) stützte sich die Beschwerdeführerin

auf den Durchschnitt der im Auszug des individuellen Kontos

(IK-Auszug) ausgewiesenen Einkommen der Jahre 2008 bis 2010 und errechnete unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ein hypothetisches Valideneinkommen im Jahr 2011 von Fr. 46'764.--. Dieses Einkommen ist aufgrund der Akten (Urk. 7/6, Urk. 7/32) nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten, so dass sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen.

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdeführerin

– in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis) – gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), wobei sie auf den standardisierten

Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abstellte .

Das im Jahr 2010 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'225.-- (LSE 2010, S. 26, Tabellengruppe TA1, Total, Ni veau 4). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2010 von 41.6 Stunden und der allgemeinen Lohnentwicklung im Jahr 2011 in der Höhe von 1.0 % angepasst , ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 26'628.-- für das Jahr 2011 bei der verbliebenen 50%igen Arbeitsfähigkeit (Fr. 4'225.-- : 40 x 41.6 x 12 x 1.010 x 0.50).

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S.

2) ist bei der Berechnung des Invaliden ein kommens

angesichts der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, dem aus medizinischer Sicht gegebenen Anforderungsprofil sowie dem Alter der Beschwerdeführerin ein

be hinderungsbedingter Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt , wobei vorliegend ein solcher von 10 % als angemessen erscheint. Damit ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 23'965.-- (Fr. 26'628.-- x 0.9).

Die daraus resultierende Erwerbseinbusse von Fr.

E. 2

Die Versicherte erhob am 25. April 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. März 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien medizinische und berufliche Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2). Nachdem die IV-Stelle mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2014 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde beantragte, wurde die Pensionskasse der Beschwerdeführerin, die BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich (BVK), zum Prozess beigelegt. Die BVK nahm mit Schreiben vom 6. August 2014 Stellung (Urk. 9), was den Verfahrensbeteiligten am 7. August 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 90 % einer Erwerbstätigkeit nachginge und 10 % auf den Aufgabenbereich entfielen. Nach Ablauf der Wartezeit sei der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin nicht mehr zumutbar. Aus ärztlicher Sicht sei ihr jedoch eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit, meist sitzend, ruhig und geordnet, ohne Lastenheben und ohne Kundenkontakt seit Dezember 2010 zu 80 % zumutbar. Im März 2012 habe sich der Gesundheitszustand infolge eines Verkehrsunfalles vorübergehend verschlechtert. Die ärztlichen Berichte und Gutachten würden nach Mehrfachverletzungen von einem erfreulichen Rehabilitationsverlauf berichten. Die gutachterlich ausgewiesene Anpassungsstörung sei von vorübergehender Natur und so mit nicht IV-relevant. Eine allfällige Einschränkung im Haushalt sei nicht ermittelt worden, da diese nicht rentenrelevant wäre (S. 2). Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch (S. 3).

Gegenüber den vorgebrachten Einwänden der Beschwerdeführerin brachte sie vor, dass die 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich auf die psychiatrische Diagnose der

rezidivierende n depressive n Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen seit der Erkrankung des Sohnes, zurück zu führen sei. Aus rechtlicher Sicht bestünden überwiegend psychosoziale Belastungsfaktoren. Würden diese wegfallen, läge maximal eine leichte depressive Episode vor. Ein IV-relevanter Gesundheitsschaden sei somit nicht ausgewiesen (S. 3).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Schlussfolgerungen der Beschwerdegegnerin seien aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar. Der Verkehrsunfall habe gemäss dem behandelnden Rheumatologen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genommen. Auch die Psyche habe stark unter dem Unfall gelitten. Die sehr lebensbedrohliche Situation könne durch eine posttraumatische Belastungsstörung verursacht werden. Sie könne seither nicht mehr Autofahren, habe Flashbacks sowie Alpträume, eine vermehrte Ängstlichkeit, einen Vermeidungscharakter sowie Konzentrationschwierigkeiten und Kontrollverlust.

Der erfreuliche Rehabilitationsverlauf beziehe sich aus den formulierten Rehabilitationszielen, unter anderem das sichere und selbständige Gehen an zwei Unterarmstöcken unter adäquater Einhaltung der Teilbelastung. Es gehe nicht an und widerspreche den Akten, daraus abzuleiten, dass es ihr wieder gut

gehe und sich der Gesundheitszustand infolge des Verkehrsunfalles nur vorübergehend verschlechtert habe (S. 4 f.).

Weiter sei die Anpassungsstörung nicht nur vorübergehender Natur gewesen, sondern habe sich zu einer mittelgradigen depressiven Episode entwickelt. Es bestünden keine einzelnen Phasen, so dass im Grunde genommen eine rezidivierende depressive Störung nur zur Diskussion herangezogen werden können (S.

5 f.).

Es sei nicht nachvollziehbar und aktenwidrig, wie die Beschwerdegegnerin zum Schluss komme, dass sie zu 80 % arbeitsfähig sei. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) erachte das Gutachten von Dr. A. ___ als schlüssig und nachvollziehbar, womit er einer zumindest 50%igen Arbeitsunfähigkeit zustimme (S. 6).

Schliesslich führte die Beschwerdeführerin aus, es handle sich nicht um eine somatoforme Schmerzstörung. Durch die chronischen Schmerzen, die im Zusammenhang mit den Verletzungen und Operationen entstanden seien, habe sich die depressive Antriebs- und Stimmungslage verselbständigt. Es bestünden auch nicht nur psychosoziale und soziokulturelle Faktoren. Die jetzige Krankheit gehöre zum Krankheitsbild einer affektiven Störung und sei deswegen nicht mit Willensanstrengung überwindbar (S. 6). Es sei daher sowohl aus rheumatologischer wie auch psychischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % auszugehen, zumindest jedoch von 50 % gemäss dem Gutachten von Dr. A. ___ (S. 7).

E. 2.3

Die Beigeladene teilte in ihrer Stellungnahme (Urk. 9) mit, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Oktober 2011 Anspruch auf eine Teilberufsinvalidenrente habe und verzichtete auf eine weitere Stellungnahme (S. 2).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erstattete sein vertrauensärztliches Gutachten zuhanden der Beigeladenen am 7. April 2011 (Urk. 7/25/2-12) und diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode

(ICD-10 F32.1), ein chronisches cervikozervikales Syndrom, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie eine Gonarthrose beidseits linksbetont (S. 7). Voraussichtlich bestünde für weitere 6 bis 8 Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit, wobei nach dieser Zeit eine Nachuntersuchung sinnvoll erscheine. Der weitere Verlauf sei noch ungewiss. Zur Berufsfähigkeit könne noch keine Stellung bezogen werden (S. 8).

9). Zur Zeit seien berufliche Massnahmen nicht sinnvoll (S. 10). 3.2

Dr. med. C.____, praktische Ärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 27. Juni 2011 (Urk. 7/11) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 17. Dezember 2010 behandle (S. 1 Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - metabolisches Syndrom (Hypertonie, Adipositas, Depression) - chronisches Lumbago

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie Störungen im Zusammenhang mit der Menopause auf (S. 1 Ziff. 1.1). Dr. C.____ gab an, die Prognose sei noch nicht absehbar. Aktuell rechne sie aufgrund der depressiven Entwicklung und den Wechseljahren bei massiver emotionaler Belastung wegen der schweren Krankheit ihres Sohnes kaum mit einer raschen Besserung (S. 2 Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar (S. 2 Ziff. 1.6-7). Aus rein psychiatrischer Sicht sei hingegen eine behinderungsangepasste Tätigkeit ab sofort in einem Pensum von 30 % in einem 70%igen Belastungsprofil möglich (S. 3 Ziff. 1.7). 3. 3

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, gab mit Bericht vom 5. Juli 2011 (Urk. 7/14) an, dass er die Beschwerdeführerin seit Januar 2006 behandle (S. 1 Ziff. 1.2) und führte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Osteochondrose L1-L5 und Spondylarthrose L5-S1, DH L3/4 links, bestehend seit 2010 - chronische Depression, bestehend seit 2010 - chronische Periarthropathia

humeroscapularis

(PHS) vom SSP-Typ rechts, bestehend seit 2011 - chronische

Epicondylopathia

humeri

lateralis et medialis, rechts mehr als links, bestehend seit 2010 - Gonarthrose beidseits, bestehend seit 2010 - arterielle Hypertonie, bestehend seit 2011

Die Prognose sei ungünstig (S.

2 Ziff. 1.4). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie der rechten Schulter, der Vorderarme und der Kniegelenke sowie psychische Einschränkungen. Aufgrund dieser Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin zur Hälfte

arbeitsunfähig. Die bis herige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (S. 2 Ziff. 1.7). 3.4

Am 20. Januar 2012 erstattete Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, sein vertrauensärztliches Gutachten zuhanden der Beigeladenen (Urk. 7/27/2-18). Dr. E.____ führte die nach folgend gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 16): - panvertebrales Schmerzsyndrom - PHS tendopathica beidseits - Periarthropathia

genu beidseits - Verdacht auf beginnendes Karpaltunnelsyndrom beidseits - klinisch mögliche Tarsaltunnelsymptomatik - Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung bei Diagnosen 1 bis 5

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Adipositas Klasse I, ein klinischer Verdacht auf beginnende periphere Polyneuropathie sowie otitis externa beidseits, links mehr als rechts (S. 16). Die Präsentation der Symptomatik sowie zahlreiche Inkonsistenzen im Verlauf der Untersuchung würden auf eine die somatischen Beschwerden überlagernde Schmerzverarbeitungsstörung hinweisen, die durch die ungünstigen Kofaktoren des psychosozialen Umfeldes überlagert würden (S. 14). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft bezogen auf einen 100%igen Einsatz noch in einem Pensum von 30 bis 40 % zumutbar, sodass die Beschwerdeführerin zu 65 % berufsunfähig sei. In einer angepassten körperlich leichten wirbelsäulenadaptierten Tätigkeit ohne Überbelastung der Kniegelenke oder der Schultergelenke sei ihr ein Pensum von 80 % zumutbar, wobei sich die Minderung gegenüber einem vollen Pensum aus einem vermehrten Pausenbedarf begründen lasse. Die Realisierbarkeit dieser Einschätzung anhand der somatischen Befunde werde durch ungünstige Kofaktoren des psychosozialen Umfeldes beeinflusst. Die Führung des eigenen Haushaltes sei mit Möglichkeit der Unterstützung durch Ehemann und Schwiegertöchter in belastenden Arbeiten und freier Einteilbarkeit derselben aus rein rheumatologischer Sicht nicht nachhaltig limitiert (S. 15 f.). 3.5

Die Ärzte des F.____ informierten mit Berichten vom 2., 4. und 10. April 2012 (Urk. 7/83) über die erfolgten Operationen aufgrund eines Unfalles in G.____, bei dem die Beschwerdeführerin als Fußgängerin von einem Auto erfasst worden

sei, und stellten als Diagnosen einen inkompletten Berstungsbruch Lendenwirbelskörper (LWK) 1, eine Unterschenkelfraktur rechts sowie ein Schädel-Hirntrauma. 3.6

Zur stationären Rehabilitation nach besagtem Unfall befand sich die Beschwerdeführerin vom 18. April bis zum 15. Mai 2012 in der H.____, I.____. Die Ärzte führten im Austrittsbericht vom 23. Mai 2012 (Urk. 7/40)

die nachfolgend gekürzt angeführten Diagnosen auf (S. 1): - Mehrfachverletzung bei Verkehrsunfall vom 23. März 2012 mit - instabile r

LWK I Berstungsfraktur - mehrfragmentäre r proximale r Unterschenkelfraktur rechts - Schädel-Hirn-Trauma - Kontusion Ellenbogen rechts, Hand links - arterielle r Hypertonie - anamnestic Status nach depressiver Episode

Die Ärzte gaben an, dass ein erfreulicher Rehabilitationsverlauf bestanden habe, wobei sämtliche Ziele hätten erreicht werden können. Bei Austritt sei die Beschwerdeführerin in den Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig gewesen. Fremdanamnestic habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin psychisch deutlich Mühe habe, das Unfalltrauma zu

verarbeiten. Sie habe wiederkehrende Albträume bezüglich des Unfalles sowie eine vermehrte Sturzangst im Alltag beschrieben. Die Beschwerdeführerin sei psychologisch mitbetreut worden. Eine ausgedehnte Gesprächsführung sei allerdings aufgrund der schlechten Deutschkenntnisse nicht möglich gewesen. Die Ärzte empfahlen die psychologische Betreuung bei Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Schliesslich führten sie aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 3. Juli 2012 bereits durch den Operateur ausgestellt worden sei (S. 2). 3.7

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein vertrauensärztliches psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beigeladenen am 30. Juni 2012 (Urk. 7/46) und führte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 23): - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21), seit 29. September 2010 - schlicht strukturierte Persönlichkeit mit selbstunsicheren und vermeidenden Zügen, dysfunktionales Coping im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 Z73.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie sowie Spannungskopfschmerzen auf (S. 23). Sodann verwies er sowohl bei den Diagnosen mit als auch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch auf die von Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) aufgeführten Befunde (S. 23).

Dr. J.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei in der Zeit vor der jetzigen Krankheitsentwicklung (ab September 2010) recht gesund gewesen. Die Kriegsereignisse scheine sie weitgehend, wenn auch nicht völlig unversehrt, überstanden zu haben. Es fänden sich keine „harten“ und intersubjektiv verwertbaren Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Das klinische Bild sei zwar stark depressiv gefärbt, zwingende Hinweise auf eine genuine-depressive Episode hätten aber auch nicht gefunden werden können (S. 21).

Dr. J.____ führte weiter aus, dass es aufgrund der schweren Schicksalsschläge zu Recht zu der von Dr. E.____

vermuteten Schmerzverarbeitungsstörung gekommen sei. Dem Gutachten von Dr. E.____ wie auch dem gemeinsamen Konsensusgespräch sei zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin aber tatsächlich ein Gesundheitsschaden auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet bestehe, aus dem sich eine beträchtliche Minderung der Arbeitsfähigkeit ableiten lasse. Damit sei das Ausmass dieser Störung doch so erheblich, dass die Diagnose einer „somatoformen Schmerzstörung“ besser nicht gestellt werde, obwohl das Schmerzerleben auch in der Präsentation der Beschwerden eine beträchtliche Dominanz habe und nicht alle geklagten Defizite daraus ableitbar seien. Es handle sich also doch um eine Schmerzverarbeitungsstörung, die sich in Verbindung mit der Persönlichkeitsorganisation der Beschwerdeführerin bei der Diagnose einer längeren depressiven Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung entwickelt habe, wobei auch psychosoziale Belastungsfaktoren mitgewirkt hätten (S. 22).

Als psychosoziale Belastungsfaktoren führte er die schwere Erkrankung des Sohnes, den Verlust der Arbeitsstelle, einen Mann, der bereits eine IV-Rente beziehe, die unsichere berufliche Zukunft, die beträchtlichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten und die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin trotz Einreise in die Schweiz im Jahr 1994 immer noch nicht

hinreichend gut integriert sei, auf. Die beschriebenen psychosozialen Parameter seien als Auslöser und Verstärker der Symptomatik und der daraus resultierenden Minderung der Leistungsfähigkeit anzusehen, jedoch würde diese in erster Linie aus den diagnostisch abgebildeten Störungen resultieren. Diese Konstellation habe zur erheblichen Arbeitsunfähigkeit beigetragen, die vom klinischen Schweregrad her und den Behandlungsmöglichkeiten zwar als vorübergehend, aber doch als beträchtlich und länger anhaltend aufzufassen sei. Der psychische Gesundheitsschaden dürfte sich aller Voraussicht nach im Laufe der Zeit, insbesondere bei hinreichend lange fortgeführter und suffizienter Behandlung, signifikant verbessern (S. 23 f.).

Es sei keine bleibende Arbeitsunfähigkeit zu erwarten.

Es könne zurzeit noch nicht abgeschätzt werden, in welchem Zeitrahmen eine Verbesserung erreicht werden könne (S. 27 f.).

Ab September 2010 resultiere für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch für eine entsprechend leidensangepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %.

Nicht berücksichtigt seien dabei die Einschränkungen des rheumatologisch-orthopädischen Fachgebietes. Die psychiatrischen Defizite seien prinzipiell im Laufe der Zeit und unterstützt durch eine geeignete Behandlung verbesserbar, idealiter könne sogar wieder das Leistungsniveau vor Beginn des Gesundheitsschadens erreicht werden. Bei der psychiatrischen Störung handle es sich also um ein derzeit zwar beträchtliches, aber doch als vorübergehend anzusehendes, einer adäquaten Behandlung kausal zugängliches Krankheitsbild (S.

26).

Die 70%ige Arbeitsunfähigkeit gehe nicht auf die psychosozialen Parameter zurück, sondern sei der Anpassungsstörung mit dem damit verknüpften depressiven Zustandsbild geschuldet (S. 30). Die medizinalfremden Einflüsse seien bei der Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit bereits berücksichtigt worden (S. 31).

Die Beschwerdeführerin habe im Wesentlichen bislang alle ihr zumutbaren Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes wahrgenommen (S.

31). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. C.____ sei angemessen und müsse fortgesetzt werden. Unterstützt werden könne dies durch die Weiterführung der schon eingerichteten Psychopharmakotherapie, wobei bezüglich der Dosierung noch Spielraum bestehe (S. 27). 3. 8

Mit Schreiben vom 20. August 2012 (Urk. 7/48) gab Dr. C.____

(vorstehend E.

3.2)

an, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft zu 100 % arbeitsunfähig sei. Seit dem Unfall vom 23. März 2012 sei sie auch in eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Vor dem Unfall sei sie

seit Februar 2010 aus rein psychiatrischer Sicht zu 30 % arbeitsfähig gewesen mit einem 70%igen Belastungsprofil. Der Unfall habe aber Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Zusätzlich zu den im Gutachten von Dr. E.____ aufgeführten Diagnosen leide die Beschwerdeführerin an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie

an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11).
3.9

Dr. E.____ (vorstehend E.

3.4) beantwortete mit Schreiben vom 28. September

2012 (Urk. 7/53/4-5) die von der Beigeladenen gestellten Zusatzfragen zum Gutachten. Dabei führte er aus, dass mit den empfohlenen Massnahmen theoretisch eine Verbesserung möglich sei. Er gehe jedoch davon aus, dass das Rehabilitationspotenzial insgesamt gering sei, so dass die Beschwerdeführerin auch mit erfolgreich durchgeführten Therapien limitiert bleibe. Dr. E.____ kommt zum Schluss, dass zumindest für die nächsten 2 Jahre eine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % (eines Pensums von 100 %) in einer mittelschwer belastenden Putztätigkeit somatisch begründbar ausgewiesen erscheine. Die Prognose bezüglich Steigerung der 65%igen Arbeitsunfähigkeit erscheine in Anbetracht der Gesamtsituation schlecht. Eine dauerhaft bleibende Berufsunfähigkeit von 65 % erscheine aber noch nicht zwingend ausgewiesen (S. 2). 3.10

Dr. D.____ (vorstehend E.

3.3) bestätigte mit Bericht vom 26. November 2012 (Urk. 7/57/1-4) die bereits gestellten Diagnosen und erwähnte zusätzlich ein Polytrauma am 23. März 2012 sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (S.

1 Ziff. 1.1). Auch hielt er an seiner Einschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit fest (S. 2 f. Ziff. 1.6-7). 3.11

Dr. med. K.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, nahm mit Stellungnahme vom 6. Dezember 2012 von der Anpassungsstörung Kenntnis. Diese sei allerdings nur vorübergehender Natur. Der aktuelle Bericht des Hausarztes lasse befundmässig keine Beurteilung der Unfallfolgen zu. Insgesamt sei der unfallbedingte Gesundheitsschaden weiterhin instabil und damit auch die Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer leidensangepassten leichten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig, wobei diese wechselbelastend, meist sitzend, ohne Lastenheben, ruhig und geordnet, ohne Kundenkontakt, sein müsse (Urk. 7/61 S. 4 f.). 3.12

Dr. D.____ (vorstehend E.

3.3) führte mit Schreiben vom 11. März 2013 (Urk. 7/72/2) aus, dass sich der sogenannte „erfreuliche Rehabilitationsverlauf“ auf das Erreichen einer minimalen Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und nicht auf eine mögliche Arbeitsfähigkeit beziehe. Es handle sich um einen bleibenden Schaden sowohl im Bereich der Wirbelsäule, des Unterschenkels als auch psychisch. Letztes im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund der rheumatologischen Diagnosen sei eine maximale Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit von 20 bis 30 % gegeben.

3.13

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.2) bestätigte mit Bericht vom 13. September 2013 (Urk. 7/79) die bisher gestellten Diagnosen (S. 1. Ziff. 1.1) . Die Prognose sei schlecht. Aufgrund der affektiven Störung und starken Schmerzen, die als Folgen des Unfalls zu betrachten seien, sei die Beschwerdeführerin nicht imstande, aus dem Teufelskreis von Schmerzen, Depression, Erschöpfung und Müdigkeit herauszukommen. Es sei nicht damit zu rechnen, dass durch Psychotherapie eine Verbesserung erreicht werden könne (S. 3 Ziff. 1.4). Die

bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine bei hinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr seit dem 27. Juni 2011 zu 3 Stunden (30 %) mit einem 70%igen Belastungsprofil zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7). 3.14

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt, Klinik L.____, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdeführerin am 25. September 2013 (Urk. 7/81) und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9). Die testpsychologischen Befunde der Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression (Hamilton-Depression-Skala, HAMD) und zur quantitativen Einschätzung depressiver Patienten (Montgomery Asberg Depression Scale, MADRS) würden auf eine mittel schwere depressive Symptomatik hinweisen. Aufgrund des Fremdbeurteilungsinstruments zur Beschreibung, Operationalisierung und Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen im Kontext psychischer Störungen (Mini-ICF-APP) könne von vorwiegend mittel schweren Funktionseinschränkungen ausgegangen werden (S. 8).

Im Gutachten von Dr. J.____ sei festgehalten worden, dass es sich bei der psychischen Störung um ein derzeit zwar beträchtliches, aber doch als vorübergehend anzusehendes, einer adäquaten Behandlung kausal zugängliches Krankheitsbild handle. Dr. A.____ führte hierzu aus, dass die Beschwerdeführerin seit Januar 2012 in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehe, es aber trotzdem zu keiner Rückbildung der depressiven Symptome gekommen sei (S. 9).

Dr. A.____

führte weiter aus, dass die Beschwerdeführerin habe während der Schilderung des Unfalls objektiv weder vegetative Symptome noch eine Vermeidungshaltung aufgewiesen, so dass eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine sonstige Reaktion auf schwere Belastungen definitiv ausgeschlossen werden könne. Gegenwärtig sei eine mittelgradige depressive Symptomatik festzustellen. Bei einer bereits vorhandenen depressiven Symptomatik in mindestens mittelgradigem Ausmass seit Herbst 2010 könne nicht mehr von einer Anpassungsstörung, sondern von der Entwicklung einer depressiven Störung ausgegangen werden (S. 9).

Schliesslich gab Dr. A.____

an, die Beschwerdeführerin sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer adaptierten Tätigkeit seit September 2010 zu 50 % arbeitsfähig, wobei sie für Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, mit sehr hohen Anforderungen an die geistige Flexibilität und Schnelligkeit sowie Nacharbeit nicht geeignet sei. Es könne von einer Teilchronifizierung der depressiven Symptomatik sowie von einer anhaltend reduzierten psychischen Belastbarkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden.

Eine weitere Verbesserung der 50%igen Arbeitsfähigkeit durch therapeutische Massnahmen sei nicht mehr zu erwarten. Unter konsequenter Weiterführung der etablierten therapeutischen Massnahmen sei aber von der Erhaltung der 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen (S. 10). 3.15

Der RAD-Arzt Dr. K.____ (vorstehend E. 3.11) erachtete das Gutachten von Dr. A.____ mit Stellungnahme vom 1. Oktober 2013 als vollständig und schlüssig. Die Beschwerdeführerin sei demnach in jeglicher Tätigkeit seit September 2010 zu 50 % arbeitsunfähig, wobei es sich angepasst für die verbleibende Arbeitsfähigkeit um einfache, ruhige und geordnete Tätigkeiten ohne vorwiegenden Kundenkontakt handeln sollte.

Er empfahl die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im Sinne einer nachhaltigen fachärztlichen Psycho- und Pharmakotherapie, aber nur zur Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit (Urk. 7/94 S. 3).

In Bezug auf das Belastungsprofil betreffend die somatischen Einschränkungen verwies er auf seine Stellungnahme vom 6. Dezember 2012 (vorstehend E. 3.11). Danach müsse es sich um leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, meist sitzend, ohne Lastenheben, ruhig und geordnet, ohne Kundenkontakt handeln. 3.16

Dr. C.____ (vorstehend E.

3.2) gab mit Schreiben vom 20. Dezember 2013 (Urk. 7/92) an, sie sei mit den im Gutachten von Dr. A.____ gestellten Diagnosen nur teilweise einverstanden. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, sei nicht nur klinisch sondern auch testpsychologisch objektiv. Allerdings sei durch die lebensbedrohliche Situation des schweren Auto-Unfalles eine posttraumatische Belastungsstörung ausgewiesen (S. 1). Bei der Beschwerdeführerin bestehe noch immer ein Vermeidungsverhalten, eine verminderte Konzentration, eine negative Sicht der Welt, Schlafstörungen mit Alpträumen, Ärger auf den Unfallverursacher sowie ein Kontrollverlust. Dr. C.____ hielt schliesslich an ihrer vorherigen Einschätzung (vorstehend E.

3.13) der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 2). 3.17

Mit erneuter Stellungnahme vom 13. Februar

2014 (Urk. 7/94 S.

5) führte Dr. K.____ (vorstehend E.

3.11) aus, dass keine neuen Diagnosen ausgewiesen würden, welche leistungsspezifisch relevant wären. Auch eine posttraumatische Belastungsstörung, ohne erfüllte Foerstersche Kriterien, wäre nicht relevant. Andererseits sei aber auch bei der gutachterlich ausgewiesenen rezidivierenden depressiven Störung aus rein medizinischer Sicht die Überwindbarkeit nicht zu prüfen. Denn wie der Gutachter nachvollziehbar ausführe, seien die psychologischen Funktionen anhaltend eingeschränkt. 4.4.1

In somatischer Hinsicht ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin – bereits vor dem Verkehrsunfall im März 2012 - in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft weitgehend eingeschränkt war. Dies lässt sich insbesondere dem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten von Dr. E.____ entnehmen.

Dr. E.____ gab allerdings ebenfalls an, dass die Präsentation der Symptomatik sowie zahlreiche Inkonsistenzen im Verlauf der Untersuchung auf eine die somatischen Beschwerden überlagernde Schmerzverarbeitungsstörung hinweisen

würden, die durch die ungünstigen Kofaktoren des psychosozialen Umfeldes überlagert würden .

In einer körperlich leichten wirbelsäulenadaptierten Tätigkeit, ohne Überbelastung der Kniegelenke oder der Schultergelenke, sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig, wobei sich die Minderung gegenüber einem vollen Pensum aus einem vermehrten Pausenbedarf begründen lasse (vorstehend E.

3.4). Das Belastungsprofil von Dr. E.____

berücksichtigt dabei sämtliche von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden .

Der Verkehrsunfall vom März 2012 führte zwar zu einer vorübergehenden Verschlechterung mit stationärer Rehabilitation, ein bleibender eigenständiger Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit lässt sich den Akten

allerdings nicht entnehmen . Der Beschwerdeführerin ist zwar in dem Sinne zuzustimmen, dass sich der im Austrittsbericht erwähnte erfreuliche Rehabilitationsverlauf auf die Rehabilitationsziele bezog, allerdings erwähnten die Ärzte auch keinen bleibenden Gesundheitsschaden. Der Operateur

bescheinigte lediglich eine Arbeitsunfähigkeit für zirka 2 Monate (vgl.

Urk. 7/40 S.

2). Dieser Umstand wird dadurch plausibilisiert, dass Dr. A.____ in seinem psychiatrischen Gutachten – in Kenntnis des Unfalles und des besagten Austrittsberichtes aus der Klinik H.____ (vgl. Urk. 7/81 S. 3) – die Notwendigkeit einer nochmaligen Untersuchung in einer anderen Fachdisziplin nicht erwähnte .

Aus den Berichten von Dr. D.____

(vorstehend E. 3.10, E. 3.12) ist schliesslich nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin in einer adaptierten

Tätigkeit bei Beachtung des Belastungsprofils von Dr. E.____ , so insbesondere meist sitzend, mehr eingeschränkt sein soll als vor dem Unfall . Indem er ferner psychiatrische Diagnosen stellte, bewegte er sich ausserhalb seines Fachgebietes der Allgemeinen Inneren Medizin und der Rheumatologie, was Zweifel an der Beweiskraft seiner Berichte aufkommen lässt. Zudem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E.

3b/cc) .

Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht eine behinderungsangepasste

Tätigkeit zu 80 % zumutbar , wobei es sich um eine leichte,

wechselbelastende Tätigkeit, meist sitzend, ohne Lastenheben, ruhig und geordnet sowie ohne Kundenkontakt handeln muss. Dieser Beurteilung schloss sich im Übrigen auch der R AD -Arzt Dr. K.____ an (vorstehend E. 3.11 , E. 3.15). 4. 2

Zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes ist auf das Gutachten von Dr. A.____ (vorstehend E. 3. 14) abzustellen. Bei Dr. A.____ handelt es sich um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , so dass sich das Gutachten für die zu beurteilenden Fragen als umfassend

erweist . Er berücksichtigte die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und er stellte das Gutachten in Kenntnis der Vorakten , wozu er auch Stellung nahm . So setzte er sich insbesondere mit den Berichten von Dr. C.____ auseinander und erklärte, weshalb entgegen ihrer Beurteilung eine posttraumatische Belastungsstörung nicht ausgewiesen sei und weshalb es sich nicht mehr um eine

Anpassungsstörung , sondern um eine rezidivierende depressive Störung handle . Die gegenwärtig mittelgradige Episode wies er durch verschiedene Fremdbeurteilungsskalen nach. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E .

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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

E. 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. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren , bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_ 537/2011 vom 28. Juni 20

E. 8.8

% x 0.90) . 5 . 3

In Bezug auf eine allfällige Einschränkung im Aufgabenbereich verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einholung eines Haushaltsberichts, da diese nicht rentenrelevant wäre (vorstehend E.

2.1). Vorliegend äusserte sich einzig Dr. E.____ zu einer allfälligen Einschränkung im Haushalt, wobei er aus führte, dass die Führung des eigenen Haushaltes mit Möglichkeit der Unterstützung durch Ehemann und Schwiegertöchter in belastenden Arbeiten und freier Einteilbarkeit derselben aus rein rheumatologischer Sicht nicht nachhaltig limitiert sei (vorstehend E. 3.4). Dies erscheint insoweit nachvollziehbar, als bei der Bemessung der Invalidität von im Haushalt tätigen Versicherten die Schaden minderungspflicht von erheblicher Relevanz und die versicherte Person insbesondere verpflichtet ist, ihre Arbeit einzuteilen und im üblichem Umfang die Hilfe von Familienmitgliedern in Anspruch zu nehmen (BGE 133 V 504 E. 4.2). Selbst die Beschwerdeführerin machte keine Ausführungen zu einer allfälligen Einschränkung im Haushalt. Da auch bei einer Einschränkung in einzelnen Teilbereichen des Aufgabenbereichs kein höherer Rentenanspruch entstehen würde, kann vorliegend auf die Einholung eines Haushaltsberichts verzichtet werden, w es halb

demzufolge von keiner Einschränkung im Aufgabenbereich auszugehen ist . 5 . 4

Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und im Haushaltsbereich resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 44 % (43.92 % + 0 % = 43.92 %). Bei diesem Ergebnis steht der Beschwerdeführerin somit

eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu . Der Rentenanspruch besteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG vorliegend ab dem 1. November 2011.

Mit dieser Feststellung und in Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung somit aufzuheben. 6 . 6 . 1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6 . 2

Ausgangsgemäss steht der obsiegenden Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) - ohne Rücksicht auf den Streitwert - nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist .

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim bis Ende 2014 für die in einer Rechtsschutzversicherung tätigen Juristen gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 170.-- ist die Prozessschädigung vorliegend auf Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. März 2014 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. November 2011 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessschädigung von Fr. 1500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Mosimann Kudelski

E. 12

E.

3.2 mit Hinweisen).

E. 17

Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne

Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

E. 22

' 799 .-- (Fr. 46' 764.-- - Fr. 23'965 .--) kommt einer Einschränkung von rund 48.8 % gleich. Bei der vor liegend massgebenden Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 90 % ergibt dies somit einen Teilinvaliditätsgrad von 43.92 % (4

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