

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00237 vom 19. April 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00237](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00237)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00237 du 19 avril 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00237 del 19 aprile 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1969 und Mutter zweier 199

#### **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 Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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 kör perliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Ge sundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als rele vant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Per son bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv be stimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Er werbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychi schen Beein trächtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versi cherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.3**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

#### **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 betäti gen, 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.

### **E. 1.5**

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. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Leistungsverweigerung – unter Hinweis auf das eingeholte psychiatrische Gutachten

(Urk. 7/24) –

damit, dass die Beschwerdeführerin keine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Störung aufweise, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würde

(Urk. 2 S. 2 f.). 2.2

Demgegenüber rügte die Beschwerdeführerin das psychiatrische Gutachten (Urk. 7/24) als widersprüchlich und demzufolge als unbrauchbar. Gestützt auf die übrigen medizinischen Akten sei erstellt, dass sie seit Oktober 2013

vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 14 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob - versicherungsrelevante - Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen und welche Leistungsansprüche sich daraus allenfalls ergeben. 3.

### **E. 3**

und 1995 geborener Kinder, arbeitete zuletzt vom 1. November 2007 bis 31. Mai 2013 in einem 60%-Pensum als Warenbewirtschaftlerin im Y.\_\_\_\_

(Urk. 7/6 Ziff. 3, Ziff. 5; Urk. 7/19/1). Unter Hinweis auf eine Depression meldete sie sich am 20. März 2013 bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung (Urk. 7/1) sowie am 23. April 2013 unter Hinweis auf die seit 3. Oktober 2012 bestehende Erkrankung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische (Urk. 7/2, Urk. 7/14) und erwerbliche (Urk. 7/13 ,

Urk. 7/19) Situation ab und zog Akten der zuständigen Taggeldversicherung (Urk. 7/12, Urk. 7/15, Urk. 7/20) bei. Am 12. September 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten den Abschluss

von Integrationsmassnahmen und Arbeitsvermittlung mit (Urk. 7/17) und verlangte ein psychiatrisches

Gutachten ein, das am 22. April 2014 (Urk. 7/24) erstattet wurde.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/30, Urk. 7/32, Urk. 7/46, Urk. 7/54), in welchem weitere medizinische Akten aufgelegt (Urk. 7/38-41, Urk. 7/43) sowie eine Stellungnahme des Gutachters eingeholt wurde (Urk. 7/52/3-8), zu welcher die Versicherte Stellung nahm (Urk. 7/55, Urk. 7/55), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Januar 2015 einen Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 7/60 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 19. Februar 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Januar 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr spätestens ab dem 1. Oktober 2013 eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei ein neutrales psychiatrisches Gutachten einzuholen und eine Haushaltabklärung durchzuführen sowie berufliche Massnahmen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. März 2015 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Am 10. Juli 2015 reichte die Beschwerdeführerin die Replik ein (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 8. September 2015 auf die Duplik (Urk. 13), was der Beschwerdeführerin am 25. September 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2012 (Urk. 7/38) gestützt auf die Ergebnisse der bildgebenden Untersuchung vom 1. Oktober 2012 (Urk. 7/39) einen unklaren Schwindel, welchen die Beschwerdeführerin seit zirka zwei bis drei Wochen beim Stehen und zum Teil auch beim Gehen bemerkt habe und der sie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtige.

### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Leitender Arzt am Spital B.\_\_\_\_, berichtete am 16. Oktober 2012 über die ambulante Untersuchung der Beschwerdeführerin vom Vortag (Urk. 7/40). Als Diagnose nannte er einen ätiologisch ungeklärten Schwindel mit leichter Gangunsicherheit (Beginn am 7. September 2012 mit Begleitsymptomen initial Nausea und Emesis) sowie ätiologisch ungeklärte, mikroangiopathisch anmutende Marklagerveränderungen (S. 1). Zusammengefasst hielt er fest, dass ein Zusammenhang des Schwindels mit den Marklagerveränderungen im MRI des Schädels möglich, aber keineswegs gesichert sei. Die Ätiologie sei noch offen. Diesbezüglich seien noch weitere Abklärungen indiziert, insbesondere auch mit der Frage nach dem Vorliegen einer zu Grunde liegenden entzündlichen Ursache wie zum Beispiel Multiple Sklerose, einer Vaskulitis oder einer spezifischen Enzephalopathie (S. 2 unten).

Dr. A.\_\_\_\_ hielt sodann im Bericht vom 26. November 2012 (Urk. 7/41) ergänzend fest, es hätten sich anlässlich der letzten ambulanten Untersuchung vom 5. November 2012 keine wesentlich neue Aspekte ergeben. Alle weiterführenden Abklärungen für eine organische Genese der Schwindelbeschwerden seien unauffällig gewesen. Mit den jetzigen

Abklärungen sei eine Multiple Sklerose sehr wenig wahrscheinlich, ebenso wenig ein Morbus

embolicus oder eine sogenannte vaskuläre Genese des Schwindels. Er gehe davon aus, dass es sich um ein psychosomatisches Beschwerdebild handle (S. 1 f.).

### **E. 3.3**

Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, attestierte der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. bis 30. Oktober 2012 und hernach vom 31. Oktober bis 13. Dezember 2012 eine solche von 100 % (Urk. 7/2/6).

### **E. 3.4**

mit Hinweis). So ist eine eigentliche Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein kann, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nach folgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lässt sich also nicht allgemeingültig definieren (Urteil des Bundesgerichts I 58/06 v om 13. Juni 2006 E. 2.2 mit Hinweis). Wichtigste Grundlage gutachtlicher Schlussfolgerungen bildet in derartigen Konstellationen - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteile des Bundesgerichts I 192/06 vom 19. September 2006 E. 3 und I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2). Anhaltspunkte dafür, dass Dr. E.\_\_\_\_ die entsprechenden Vorgaben nicht bzw. nur ungenügend beachtet hat, sind nicht erkennbar, was auch in seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2014 (Urk. 7/54) thematisiert wurde (S. 3 f.). Ebenso wenig bestehen konkrete Hinweise, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hätte. 4. 8

Nach dem Gesagten und in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin bleibt das psychische Leiden aufgrund der gestellten Diagnose ohne invaliden versicherungsrechtliche Relevanz und stellt keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar, weshalb der Rentenanspruch zu Recht verneint wurde und diesbezüglich die Beschwerde abzuweisen ist.

### **5. 5.1**

Es bleibt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 IVG zu prüfen. 5.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst.

a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen ( Abs. 1 bis ).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Art. 8 Abs. 2 IVG in medizinischen Massnahmen (Bst. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche

Eingliederung (Bst. a bis ), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) und der Abgabe von Hilfsmitteln (Bst. d).

Als invalid im Sinne von Art. 17 IVG gilt, wer nicht hinreichend eingegliedert ist, weil der Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise unzumutbar macht. Dabei muss der Invaliditätsgrad ein bestimmtes erhebliches Mass erreicht haben; nach der Rechtsprechung ist dies der Fall, wenn die versicherte Person in den ohne zusätzliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20% erleidet (BGE 124 V 108 E. 2b; AHI 2000 S. 62 E. 1 ). 5.3

Da bei der Beschwerdeführerin aus versicherungsrechtlicher Sicht keine Invalidität besteht, fällt ein a II fälliger Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen von vornherein ausser Acht. Ausserdem weist das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ lediglich auf eine Dekonditionierung der Beschwerdeführerin hin (vgl. vorstehend E. 3.9) , welche jedoch als invaliditätsfremd zu gelten hat. Schliesslich geht auch aus dem Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung vom 10. September 2013 (Urk. 7/27) hervor, dass sich die Beschwerdeführerin im Moment subjektiv noch nicht in der Lage fühle, Integrationsmassnahmen oder gar Arbeitsvermittlung in Anspruch zu nehmen, weshalb die Beschwerdegegnerin am 12. September 2013 deren Abschluss mitteilte und die Beschwerdeführerin darauf hinwies, sich bei veränderten Verhältnissen wieder schriftlich bei der IV Stelle für Eingliederungsmassnahmen zu melden (Urk. 7/17).

Damit ist die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Invalidenversicherungsleistungen 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. 8 00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

### **E. 3.5**

Am 14. Juni 2013 beantworteten die Ärzte der D.\_\_\_\_ ergänzende Fragen der Beschwerdegegnerin über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (Urk. 7/14). Bei bekannter Diagnose (vgl. vorstehend E. 3.4) teilten sie mit, dass die Beschwerdeführerin seit 16. November 2012 und bis heute vollständig arbeitsunfähig sei (lit. A, Ziff. 1.6) und davon auszugehen sei, dass sie bis zum Herbst/Winter 2013 teilweise (maximal 50 %) wieder arbeitsfähig sein werde (lit. b). Die Prognose sei grundsätzlich günstig. Die Beschwerdeführerin mache gute Fortschritte in der Therapie. Die Symptomatik remittiere schrittweise. Es bestehe jedoch weiterhin eine rasche Erschöpfbarkeit mit reduzierter Belastbarkeit sowie sozialen Ängsten. Es werde daher eine Begleitung bei der Wiedereingliederung nötig sein (Ziff. 1.4 am Schluss).

### **E. 3.6**

Am 9. Juli 2013 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstelltes psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/15/2-21 = Urk. 7/20/6-35), welches sich auf die ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen, nachträglich eingeholte Akten

sowie seine eigenen Untersuchungen und Befunde vom 16. Mai und 5. Juni 2013 stützte. Er nannte als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) und eine akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen (S. 14 Ziff. 2.2).

Er führte aus, in Bezug auf die mittelgradige depressive Episode könne festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin drei depressive Kernsymptome aufweise, nämlich Depressivität, Freude- und Interessenmangel sowie Antriebshemmung. Überdies seien drei depressive Zusatzsymptome vorhanden, so Konzentrationsstörungen, Schlaf- und psychomotorische Störungen (Agitiertheit). Dabei könne ohne erhebliche Zweifel auf die subjektiven Beschwerdeklagen der Beschwerdeführerin abgestellt werden, wie eine Konsistenzprüfung ergeben habe. Die depressive Störung bestehe schon

seit mehr als zwei Wochen und sei nicht durch Missbrauch psychotropischer Substanzen oder durch eine organische psychische Störung begründet. Für ein somatisches Syndrom seien hingegen nicht ausreichende Symptome nachweisbar. So würden etwa ein deutlicher Appetitverlust, ein bedeutsamer Gewichtsverlust, ein Morgentief, regelmässiges Früherwachen oder ein objektiver Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit fehlen. Im Hinblick auf eine akzentuierte Persönlichkeit lasse sich sagen, dass die Beschwerdeführerin früh in ihrem Leben und über Jahre einen überaus dominanten und aggressiven Vater habe erdulden müssen. Der in der Kindheit wegen dieses aggressiven Verhaltens nicht lösbare Konflikt zwischen Unabhängigkeitsstrebungen und Versorgungswünschen habe zu dessen Verdrängung und einer mehr oder minder selbst

verleugnenden Anpassung an die Bedürfnisse anderer geführt. Daraus habe sich bei der Beschwerdeführerin bis zum Erwachsenenalter eine – für sich allein genommen nicht krankheitswertige – Persönlichkeitsakzentuierung mit ab hängi gen (an Bedürfnisse anderer orientierter ) und Selbstbehauptung vermei d ender (ängstlich-vermeidender) Züge ergeben . Eine eigentliche Angststörung im engeren Sinne von ICD-10 habe hingegen nicht festgestellt werden können (S. 15 Ziff. 2.2).

Aus einer gutachterlichen Perspektive könne ausgesagt werden, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der schweren Einschränkung der Durchhaltefähigkeit , der fachlichen Kompetenzen und der mittelgradigen Einschränkung der Kontaktfähigkeit gegenwärtig als Verkäuferin aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig sei. So ermüde sie beispielsweise bei leichter Haushaltstätigkeit nach berei ts 1-1 ½ Stunden und benötige eine längere Pause von 30-60 Minuten, bevor sie für etwa eine Stunde kochen könne . In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit, das heisst , ohne Kundenkontakt, mit der Möglichkeit zu Pausen, ohne hohen Leistungs- und Zeitdruck und einem erheblichen Mass an Routinetätigkeit , sei aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig mit einer Arbeitsunfähigkeit von noch zirka 60-70 % zu rechnen. Diese Einschätzung ergebe sich einerseits aus den erwähnten, zum Teil schweren Einschränkungen von psychischen Fähigkeiten, andererseits aus der Beschreibung des Tagesablaufes, wo leichte körper liche Routinetätigkeiten ohne Kundenkontakt und Zeitdruck in einem Umfang von etwa drei Stunden pro Tag mit Pausen geleistet werden könnten (S. 17 Ziff. 2.6). Prognostisch sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Bezug auf eine vollständige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit von einem günstigen Krank heits - beziehungsweise Therapieverlauf auszugehen. Mit einem längeren Krank heitsverlauf von mindestens mehreren Monaten sei jedoch zu rechnen (S. 19 Ziff. 8).

### **E. 3.7**

Am 22. August 2013 (Urk. 7/20/3-4) berichteten die Ärzte der D.\_\_\_\_ , dass die Beschwerdeführerin zirka 2-wöchig zu psychotherapeutischen Sitzungen erscheine und das sie weiterhin sowohl in angestammter wie auch in angepass ter Tätigkeit arbeitsunfähig sei. In der Behandlung zeige sich die Beschwerde führerin sehr kooperativ und gewillt, ihre Leistungsfähigkeit wieder zu erlangen, sodass es beste Voraussetzungen für eine mittelfristige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit gebe.

### **E. 3.8**

Mit Bericht vom 28. März 2014 (Urk. 7/43) stellten die Ärzte der D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Verdacht auf anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5)

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin präsentiere sich als wache, bewusst seins klare Patientin mit erhaltener Orientierung in allen Modalitäten. Antrieb und Psychomotorik seien leichtgradig gemindert, Gedächtnis und Auf merk samkeit unauffällig . Ihre Stimmung sei ratlos, jedoch ausgeglichen, im Affekt schwankend zwischen Optimismus und Resignation. Sie habe Ängste in der Öffentlichkeit in grösseren Menschenansammlungen (zum Beispiel Ein kaufs zentrum). Immer wieder habe sie in Alltagssituationen mit eher kleineren Anforderungen Gefühle von Panik. Zwänge verneine sie, jedoch bestünden über mässige Gewissenhaftigkeit und Pedanterie sowie Perfektionismus (S. 1). Die Beschwerdeführerin werde mittel-

bis langfristig nicht wieder als Verkäuferin arbeiten können und auch in einer angepassten Tätigkeit sei keine Arbeitsfähigkeit angezeigt. In der anamnestischen Arbeit werde neu der Hintergrund einer Kindheit und Jugend deutlich, die von massiver Gewalt geprägt seien, deren Einfluss sich auf die Befindlichkeit der Beschwerdeführerin auswirke, weshalb die Prognose ungünstig sei (Ziff. 8 ff.).

### **E. 3.9**

Am 22. April 2014 erstattete Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin, welches sich auf die Akten, die Angaben der Beschwerdeführerin sowie die Untersuchung vom 24. März 2014 stützte (Urk. 7/24). Dr. E.\_\_\_\_ stellte keine Diagnose mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit und nannte als Diagnose ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie Probleme mit dem Sohn bei jahrelanger Überbelastung (S. 6 Ziff. 4).

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei 2012 in gesundheitliche Probleme geraten. Sie habe sich am Arbeitsplatz einer immer höheren Belastung ausgesetzt gefühlt, sei übermüdet und erschöpft gewesen. Sie habe an Schlafstörungen gelitten. Im Sommer 2012 sei ein starker Schwindel dazugekommen. Zuerst sei intensiv nach körperlichen Krankheiten gesucht worden, wobei sich nichts Eindeutiges habe nachweisen lassen. Schlussendlich sei hinter den körperlichen Beschwerden eine depressive Episode vermutet worden. Die Beschwerdeführerin habe im November 2012 eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen. Ihre damaligen Beschwerden hätten für eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom gesprochen. Die vorgenommene Behandlung sei erfolgreich verlaufen. Ab Sommer 2013 sei es der Beschwerdeführerin besser gegangen und sie leide seit August 2013 an einer leichtgradigen depressiven Episode. So lasse sich darauf hinweisen, dass sie einen Grossteil der Symptome, welche eine depressive Episode aufweise, nicht mehr zeige (gebesserte Konzentration, guter Schlaf, erhaltener Appetit, keine Suizidalität). Die Beschwerdeführerin habe immer noch ein reduziertes Selbstwertgefühl, was aber eher den akzentuierten Persönlichkeitszügen als der Depression zuzuschreiben sei. Sie fühle sich noch etwas erschöpft und übermüdet, gelegentlich komme es zu mässigen sozialen Ängsten. Ihre Tagesgestaltung sei regelmässig und sie sei fähig, den Haushalt zu führen (S. 7). Sie habe ein Fitnessstraining absolviert und vermöge die Einkäufe grossteils selbständig zu erledigen (S. 7 f.). Auch pflege sie Kontakte mit ihren Kolleginnen. Dies alles spreche für eine weiterhin leichtgradige depressive Episode. Ferner sei der Medikamentenspiegel gemäss Laboruntersuchung vom 24. März 2014 im therapeutischen Bereich und auch das therapeutische Setting sei genügend. Hingegen gebe es die folgenden ungünstigen krankheitsfremden Faktoren: lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, etwas passive Lebensgestaltung, mässige Motivation zur Wiederaufnahme einer vollen beruflichen Tätigkeit (S. 8 oben). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei angesichts der vom November 2012 bis Sommer 2013 vorhandenen mittelgradigen depressiven Episode um 40 % eingeschränkt. Seither bestehe keine relevante Einschränkung (S.

### **E. 3.11**

Mit Bericht vom 28. Oktober 2014 (Urk. 7/52/3-8 = Urk. 7/54) nahm Dr. E.\_\_\_\_

– näher ausgeführt - Stellung zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwendungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin bezüglich Qualität seines

Gutachtens (S. 3 ff.) sowie zum von der Beschwerdeführerin vorgelegten medizinischen Bericht der D. \_\_\_ vom 28. März 2014 (vgl. vorstehend E. 3.8). Insbesondere verneinte er die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung, da vorgängig weder die Therapeuten noch der Gutachter Dr. D. \_\_\_ eine derartige Störung diagnostiziert hätten und auch er keine Hinweise für diese Störung habe finden können. Zudem falle auf, dass trotz der angeblichen Angststörung keine spezifische Therapie gegen Ängste erfolgt sei (S. 2). Auch habe die Beschwerdeführerin bei der Besprechung bei ihm angegeben, regelmässig Bus und Tram zu benutzen und in Geschäften einkaufen zu gehen, was gegen einen erheblichen sozialen Rückzug spreche (S. 5). Ferner wies er darauf hin, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderte gebesserte depressive Symptomatik den Schluss zulasse, dass im März 2014 die depressive Episode auf leichtgradig abgesunken sei und der Heilungsverlauf demzufolge als positiv gewertet könne, weshalb die schlechte Prognose der Ärzte der

D. \_\_\_ nicht nachvollzogen werden könne. Ausserdem seien die ungünstigen krankheitsfremden Faktoren (Behinderung des Sohnes mit Entwicklungsrückstand, vorübergehende Rückkehr des Sohnes nach Hause, frühere Doppelbelastung durch Haushalt und Arbeit als Verkäuferin) - in seinem Gutachten - nicht erwähnt beziehungsweise nicht berücksichtigt worden (S. 3). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin war bis Mai 2013 als Verkäuferin tätig. Die Ärzte der D. \_\_\_ führten die Krankenschreibung auf eine jahrelange hohe Belastung (behinderter Sohn, ungeklärte Erkrankung des Ehemannes) und die sich verschlechterten Arbeitsbedingungen (weniger Personal, Erhöhung der Stellenprozentage gegen den Wunsch der Beschwerdeführerin, Druck, weitere Kündigungen von Mitarbeitern) zurück. Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und attestierten für jegliche Tätigkeiten im Verkauf mit Kundenkontakt aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (vgl. vorstehend E. 3.4).

Während die behandelnden Ärzte der D. \_\_\_ auch in der Folge eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostizierten und bei schlechter Prognose von einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit ausgingen (vgl. vorstehend E. 3.4, 3.5, 3.8), welche über den Verfügungszeitpunkt hinaus, der rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfbarkeit bildet (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1), Bestand habe (vgl. Bericht vom 16. Februar 2015, Urk. 3/4), ging Dr. D. \_\_\_ in seinem Gutachten vom Juli 2013 (vgl. vorstehend E. 3.6) von einer sich steigernden Arbeitsfähigkeit aus und stellte hinsichtlich des Krankheitsverlaufes eine gute Prognose. Schliesslich kam Dr. E. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 22. April 2014 (vgl. vorstehend E. 3.9) zum Ergebnis, es sei ab Sommer 2013 zu einer gesundheitlichen Verbesserung gekommen und es bestehe lediglich eine leichtgradige depressive Episode ohne relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Allen medizinischen Berichten übereinstimmend ist die Diagnose einer Depression zu entnehmen. 4.2

Was die von Dr. D. \_\_\_ unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.1 aufgeführte akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen betrifft (vgl. vorstehend E. 3.6), welche auch von Dr. E. \_\_\_ in seinem Gutachten aufgenommen wurde (vgl. vorstehend E. 3.9), ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Z-Kodierungen um keine

invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen handelt, weshalb sie als Anspruchsgrundlage für Leistungen der IV von vornherein ausser Betracht fallen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

Der von den Ärzten der D.\_\_\_\_ diesbezüglich im Bericht vom 28. März 2014 (vgl. vorstehend E. 3.8) diagnostizierte Verdacht auf eine

anankastische

Persönlichkeitsstörung ist hingegen nicht nachvollziehbar. Denn die betreffende Diagnose geht aus den geschilderten Befunden nicht hervor (vgl. hierzu auch Dilling / Mombour / Schmidt Hrsg., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Aufl., Bern 2014, S. 281), zumal die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachter E.\_\_\_\_ über eine regelmässige

Tagesgestaltung verfüge und Kontakte mit ihren Kolleginnen pflege (vgl. vorstehend E. 3.9 und E. 3.11), was gegen eine Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen spricht. Auch vor dem Hintergrund, dass Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder der Adoleszenz beginnen (Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 274) ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin zu dieser Zeit unter spezifischen Beeinträchtigungen gelitten hat (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_519/2014 vom 14. Oktober 2015 E. 5.3). Hierzu hat Dr. D.\_\_\_\_, wie bereits erwähnt, nachvollziehbar dargelegt, dass sich bei der Beschwerdeführerin bis zum Erwachsenenalter lediglich eine für sich allein genommene nicht krankheitswertige Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen gebildet habe (vgl. vorstehend E. 3.6), weshalb die von den behandelnden Ärzten der D.\_\_\_\_

gestellte Verdachtsdiagnose im Kontext wenig überzeugt. 4.3

Gleiches hat auch für die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Agoraphobie mit Panikstörung (vgl. vorstehend E. 3.8) zu gelten, zumal diese Diagnose nur von den Ärzten der D.\_\_\_\_ gestellt und nicht von den übrigen behandelnden und im speziellen begutachtenden Ärzten gestützt wurde (vgl. vorstehend E. 3.6 und E. 3.9), weshalb nicht von einer relevanten Störung auszugehen ist. Auch hier konnte Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 9. Juli 2013 eine eigentliche Angststörung im Sinne von ICD-10 nicht feststellen (vgl. vorstehend E. 3.6) und auch Dr. E.\_\_\_\_ berichtete in seinem

Gutachten vom 28. März 2014 nur von gelegentlich mässigen sozialen Ängsten (vgl. vorstehend E. 3.9). Zudem wies Dr. E.\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass trotz der angeblichen Angststörung keine Therapie gegen die Ängste erfolgt sei (vgl. vorstehend E. 3.11). 4.4

Gemäss ICD-10 beträgt die Mindestdauer einer mittelgradigen depressiven Störung (F32.1) etwa zwei Wochen. Die rezidivierende depressive Störung ist durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert, die zwischen drei und zwölf Monaten (im Mittel etwa sechs Monate) dauern; die Besserung zwischen den Episoden ist im Allgemeinen vollständig, eine Minderheit von Patienten entwickelt allerdings eine anhaltende Depression, hauptsächlich im höheren Lebensalter (Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 2015, S. 314 Ziff. 5.1).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine invalidisierende Wirkung einer legalis diagnostizierten leichten (ICD-10 F32.0) beziehungsweise leichten bis mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.1) zwar nicht schlecht hin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer

Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, von einem psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Zumindest bei mittel schweren depressiven Episoden verneint dies das Bundesgericht regelmässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014, E. 4.2). 4.5

Hinsichtlich der depressiven Symptomatik äussert sich Dr. E.\_\_\_\_

im Gutachten vom 22. April 2014 (vgl. vorstehend E. 3.9) und der ergänzenden Stellungnahme vom 28. Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 3.11), überdies vom RAD-Arzt bestätigt (vgl. vorstehend E. 3.10), umfassend zu den psychischen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es basiert auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Dr. E.\_\_\_\_ setzte sich auch mit den medizinischen Berichten auseinander. Der Gutachter legte anhand der von ihm erhobenen Befunde in nachvollziehbarer Weise dar, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht keine relevante gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Die Expertise von Dr. E.\_\_\_\_ entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1.6).

Gestützt auf die se

insgesamt schlüssige Expertise ist hinsichtlich des gesundheitlichen Verlaufs davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine gesundheitliche Besserung des depressiven Zustandsbildes seit Sommer 2013 eingetreten ist und sie ab August 2013 an einer leichtgradigen depressiven Episode leidet, da sie einen Grossteil der Symptome, welche eine depressive Episode aufweise, gemäss Gutachter nicht mehr zeige. Ebenso sei ihre Tagesgestaltung regelmässig und sie pflege Kontakte mit ihren Kolleginnen, was weiterhin für eine leichtgradige depressive Episode spreche. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, in der Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 3.11) habe dieser das Absinken der Depression auf eine leichtgradige depressive Episode zeitlich erst im März 2014 verortet, womit widersprüchliche Zeitangaben vorlägen, wodurch das Gutachten seine Beweiskraft verlöre (Urk. 1 S. 11 f.), vermag dies nicht zu überzeugen. Den in der Gutachter vermochte nachvollziehbar zu begründen, warum die Depression der Beschwerdeführerin ab Sommer 2013

in ihrer Intensität abgenommen hat und nur noch leichtgradig

ist. Ferner hat bereits Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 9. Juli 2013 (vgl. vorstehend E. 3.6) einerseits einen BDI (Beck Depressionsinventar)-Wert von 17 erhoben, wobei Werte zwischen 11 bis 17 Punkten auf eine milde bis mässige Ausprägung der depressiven Symptome hinweisen, und andererseits ist auch er von einem günstigen Krankheitsverlauf ausgegangen, womit insgesamt ein sich verbesserter Gesundheitszustand ausgemessen und mit einer Besserung der Beschwerden zu rechnen war, auch wenn die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 3.11) hinsichtlich der zeitlichen Einordnung der gesundheitlichen Verbesserung nicht ganz eindeutig ausgefallen sind.

Ferner hielt Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Gutachten fest, dass der Medikamenten spiegel im therapeutischen Bereich liege und auch das therapeutische Setting genügend sei, weshalb nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten Therapie gesprochen werden kann , und das Leiden als behandelbar und somit als vorübergehend zu qualifizieren ist . Auch Dr. D.\_\_\_\_

ging prognostisch in Bezug auf eine vollständige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit von einem günstigen Krankheits- beziehungsweise Therapieverlauf aus (vgl. vorstehend E. 3.6) ; auch die Ärzte der D.\_\_\_\_ berichteten im Juni 2013 von guten Therapie fortschritten bei remittierender Symptomatik (vgl. vorstehend E. 3.5).

Schliesslich wies Dr. E.\_\_\_\_ darauf hin, dass die psychischen Probleme der Beschwerdeführerin auch durch invaliditätsfremde Faktoren (vgl. vorstehend E. 1.3) bestimmt sind. So berichtete er von der Behinderung des Sohnes mit Entwicklungsrückstand, der vorübergehende n Rückkehr des Sohnes nach Hause sowie die frühere Doppelbelastung durch Haushalt und Arbeit als Verkäuferin und schloss bei Wegfall der Belastungsfaktoren auf eine Besserung des Gesund heitszustandes (vgl. vorstehend E. 3.11).

Somit fehlt es in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts an einem inval idisierenden Gesundheitsschaden , weshalb für die beantragten weiteren Abklärungen, namentlich eine Haushaltabklärung (vgl. Urk. 1 S. 2), keine Notwendigkeit besteht und davon abzusehen ist.

4.6

Nach dem Gesagten kann f olglich nicht auf den medizinischen Bericht der D.\_\_\_\_ vom 28. März 2014

(vgl. vorstehend E. 3.8) abgestellt werden, welcher hinsicht lich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eher von der Behandlungsperspektive geprägt ist , mitunter die Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Ver trauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). So wurde mittel - bis langfristig eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin attestiert und auch in einer angepassten Tätigkeit wurde eine Arbeitsfähigkeit verneint und sogar – in Abkehr der ursprünglichen Einschätzung vom Februar 2013 (vgl. vorstehend E. 3.4) – von einer ungünstigen Prognose ausgegangen. Schliesslich

vermochten die Ärzte der D.\_\_\_\_ ihre Diagnose einer mittelgradige n rezidivieren de n depressive n Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) nicht über zeugend darzulegen, da einerseits die Beschwerdeführerin gynäkologisch, haus ärztlich und neurologisch ohne Befunde abgeklärt wurde (Urk. 7/43 S. 2 Ziff. 5 ; vgl. diesbezüglich auch vorstehend E. 3.2 ) und andererseits auch die Gutachter D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ kein somatisches Syndrom nachweisen konnten. 4.7

Was die beschwerdeweise beanstandete 75 - minütige Dauer der psychiatrischen Untersuchung anbelangt (vgl. Urk. 1 S. 8 f.) , zeigt rechtsprechungsgemäss selbst eine lediglich zwanzig Minuten dauernde psychiatrische Exploration nicht von Vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters an (Urteil des Bundesge richts I 719/05 vom 17. November 2006 E. 3; ferner Urteile I 842/05 vom 1. Juni 2006 E. 2.2.4 und I 954/05 vom 24. Mai 2006 E. 3.2.1). Es kann für den Aussagegehalt eines Arztberichts nicht allein auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht

inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt dabei stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, bestätigt u.a. mit Urteilen 8C\_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.1 und 8C\_737/2012 vom 27. Mai 2013 E.

#### **E. 8**

Mitte). Bei der Beschwerdeführerin bestünden insofern limitierende Bedingungen, als sie dekonditioniert sei. Es sei ihr aber zumutbar, diesen Zustand zu überwinden, da keine relevante psychische Störung die Dekonditionierung verursache (S. 10 Ziff. 12). Schliesslich nahm der Gutachter – näher ausgeführt – Stellung zu den D.\_\_\_\_-Berichten und dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ (S. 11 f. lit. D). 3.

#### **E. 10**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete in seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2014 (Urk. 7/25 S. 5 f.) das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.9) als beweistauglich und nannte als Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Verkäuferin eine leichtgradig herabgesetzte Belastbarkeit und etwas eingeschränkte Funktionen bei folgendem Belastungsprofil: übersichtlicher Arbeitsplatz, eher manuelle Tätigkeiten ohne allzu hohe Belastungen (S. 5). Die Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit betrage von November 2012 bis Juli 2013 40 %, seit August 2013 bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 6).

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