

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00317 vom 30. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00317)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00317 du 30 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00317 del 30 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

4. Februar 2014 ( Urk. 8/3 1) ein. Im Weiteren gab sie ein inter disziplinäres Gutachten in Auftrag, das Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, und Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 12. Juni 201

### **E. 1.1**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht von seiner bisherigen Rechtsprechung, wonach eine somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungswise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind ( BGE 130 V 352 , 131 V 49 E. 1.2,

139 V 547 E. 3 ), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6): An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht im genannten Urteil wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotenen - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6) .

### **E. 1.5**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio ). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigenutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen ( BGE 141 V 281 E. 8).

## **E. 1.6**

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

## **E. 1.7**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 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).

Ob diese gemischte Methode der Invaliditätsbemessung weiterhin Bestand hat angesichts des unlängst, am 2. Februar 2016 ergangenen, noch nicht endgültigen Urteils der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09), welches in ihr eine indirekte Diskriminierung erblickt, ist hier nicht zu entscheiden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_178/2015 vom 4. Mai 2016 E. 4 mit Hinweis). 1.

## **E. 4**

erstatteten (Urk. 8/35). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 24. Juni 2014, Urk. 8/37, und Einwand vom 26. August 2014, Urk. 8/46, sowie Einwandergerungen vom 21. November und vom 3. Dezember 2014, Urk. 8/52 und Urk. 8/56) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Februar 2015 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente mit der Begründung, dass kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 12. März 2015 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1): „1. Die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons

Zürich, IV-Stelle, vom 9. Februar 2015 betreffend Invalidenrente sei aufzuheben. 2. Die Angelegenheit sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, verbunden mit der Auflage, zusätzliche medizinische Abklärungen zu treffen und eine Haushaltabklärung durchzuführen. Anschliessend sei neu zu verfügen. 3. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle. 5. Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung in der Person der Unterzeichnenden einzuräumen.“

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2015 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 3. Juni 2015 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung zurückziehe (Urk. 10). Mit Verfügung vom 8. Juni 2015 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt, mit dem Hinweis, dass das Gericht die Anordnung eines weiteren Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte; den Parteien bleibe es jedoch unbenommen, sich nochmals zur Sache zu äussern und weitere sachbezogene Unterlagen einzureichen (Urk. 11). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht angeht, erklärte Dr. E. \_\_\_ im Teilgutachten vom 12. Juni 2014, dass deren persönliche Vorgeschichte aus psychiatrischer Sicht unauffällig sei. Es könne auf das Fehlen von psychischen Krankheiten in der Familie hingewiesen werden; die Beschwerdeführerin zeige keine kinderneurotischen Zeichen. Sie habe sich beruflich nicht weiterbilden können, weshalb sie später auf Hilfsarbeiten angewiesen gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe sich mit einem Landsmann verheiratet, sei 1991 in die Schweiz gekommen und bis heute bestünden tragende familiäre Verhältnisse (Urk. 8/35/46).

#### **E. 4.2**

Im Vordergrund stünden subjektiv die körperlichen Probleme der Beschwerdeführerin. Sie leide an nicht unbedeutenden Krankheiten: Insbesondere müsse sie seit vielen Jahren Insulin spritzen. Seit 2005 würden rezidivierende Nierensteine auftreten. Seit 1997 leide sie an Schmerzen in diversen Körperteilen. Die Beschwerdeführerin zeige Hinweise für das Vorliegen einer psychosomatischen Überlagerung: Sie sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme würden zu einer Verstärkung der Schmerzen führen. Diese würden oft den Hauptfokus ihres Interesses bilden. Es sei also eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorhanden. Ab Anfang 2013 seien bei der Beschwerdeführerin auch psychische Probleme aufgetreten, weil ihr Ehemann körperlich schwer erkrankt sei. Das familieneigene Gipsereigeschäft sei in Gefahr gewesen. Die Beschwerdeführerin habe zuvor zu 50 % im Magazin des Geschäfts mitgearbeitet, ab Dezember 2012 habe sie dies nicht mehr tun können. Das Geschäft habe geschlossen und liquidiert werden müssen. Diese Probleme seien auf die Beschwerdeführerin eingestürzt. Sie habe angefangen, an psychischen Beschwerden zu leiden. Sie sei ratlos und ohnmächtig gewesen, habe sich müde und schwach gefühlt. Nachts habe sie an Schlaflosigkeit gelitten, tagsüber an Nervosität. Da eindeutige Ursachen für die psychischen Beschwerden vorhanden gewesen seien, könne

von einer depressiven Reaktion ausgegangen werden. Der Verlauf sei etwas gebessert, seitdem sich die Beschwerdeführerin ambulant psychiatrisch betreuen lasse und ein antidepressiv wirkendes Medikament einnehme. Bei der heutigen Untersuchung ( 5. Juni 2014) könne ein leichtes Ausmass an Depressivität festgestellt werden: Die Beschwerdeführerin sei in der Konzentration nicht eingeschränkt, der Appetit sei erhalten geblieben, sie hege keine Suizidgedanken. Die fehlende Symptomatik spreche gegen eine relevante Depressivität. Anamnestisch sei zu erfahren, dass sie eine regelmässige Tagesgestaltung habe, mit Freundinnen etwas unternehme und enge familiäre Kontakte unterhalte. Eine depressive Reaktion stelle grundsätzlich keine eigenständige psychische Komorbidität dar, da es sich um ein situationsbedingtes Leiden handle. Die Prognose sei somit günstig. Sollte der Ehemann seine Krankheit überwinden, würde sich auch die Depression der Beschwerdeführerin grösstenteils zurückbilden. Differenzialdiagnostisch könne eine depressive Episode erwogen werden, sollte die Depression noch längere Zeit andauern. Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Schwierige wirtschaftliche Verhältnisse nach Geschäftsschliessung, kranker Ehemann, mässige kulturelle Integration (Urk. 8/35/46-47).

#### **E. 4.3**

Weiter hielt Dr. E.\_\_\_\_

fest, dass zwei der verlangten (Foerster-) Kriterien erfüllt seien, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wäre. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass keine bedeutende psychische Komorbidität bestehe. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht günstig (Urk. 8/34/48-49).

#### **E. 4.4**

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung kamen Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht die psychosomatische Überlagerung der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Vordergrund stehe. Angesichts des Fehlens einer psychischen Komorbidität entstehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/35/22).

Dieser gutachterlichen Beurteilung folgend und unter Anwendung der Überwindbarkeitspraxis gemäss BGE 130 V 352 verneinte die Beschwerdegegnerin

zu Recht eine invalidisierende Wirkung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 2; vgl. auch Urk. 8/62/3-4).

#### **E. 4.5**

Wie im Folgenden zu zeigen ist, ist auch in Anwendung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 1.4) eine invalidisierende Wirkung der vorliegenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu verneinen:

Was die Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde betrifft, ist festzuhalten, dass Dr. E.\_\_\_\_ die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung

anscheinend nicht als schwer eingestuft hat, zumal die von ihm erhobenen Befunde weitgehend unauffällig waren und er lediglich im Rahmen der Schmerzanalyse Auffälligkeiten feststellen konnte (Fixierung auf die Schmerzen, Äusserungen von hypochondrischen Befürchtungen, Zeigen einer Schmerz ausdehnung, Schmerzen würden Hauptfokus des Interesses bilden; Urk. 8/35/44-45). Auch die Behandlungsbemühungen

einschliesslich der medikamentösen Therapie sprechen nicht für einen hohen Schweregrad der Störung, da die Beschwerdeführerin lediglich etwa alle drei Wochen zu Dr.

B.\_\_\_\_

in Behandlung ging und sich bei der Laboranalyse von Dr. E.\_\_\_\_ ein ungenügender Spiegel der ihr abgegebenen Psychopharmaka

zeigte (Urk. 8/35/43 und Urk. 8/35/47). Im Weiteren wies Dr. E.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der Motivation darauf hin, dass die Beschwerdeführerin glaube, nicht mehr arbeiten zu können (Urk. 8/35/45). Eine schwere, eigenständige psychische Komorbidität konnte Dr. E.\_\_\_\_, der nebst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Wesentlichen lediglich eine unter die Anpassungsstörungen zu subsumierende depressive Reaktion, seit ca. Anfang 2013, diagnostiziert hatte (ICD-10 F43.21, Urk. 8/35/46), nicht feststellen (Urk. 8/35/48-49). Zudem verneinte er auch das Vorliegen einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung mit dem Hinweis, dass Dr. D.\_\_\_\_ keine rheumatologischen Befunde festgestellt habe (Urk. 8/35/48). Da es sich bei der depressiven Reaktion um ein situationsbedingtes Leiden handle (Erkrankung des Ehemannes im Sommer 2012, schwierige wirtschaftliche Verhältnisse nach der Geschäftsschliessung des Ehemannes), erachtete Dr. E.\_\_\_\_ die Prognose als günstig (Urk. 8/35/47). Dafür spricht auch, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben bis Anfang 2013 nie unter psychischen Beschwerden gelitten hat (Urk. 8/35/43) und ihre Familienverhältnisse und ihr Freundeskreis intakt sind (vgl. Urk. 8/35/44), mithin also die soziale Integration nicht verloren gegangen ist (Urk. 8/35/48).

Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist sodann nicht ausgewiesen. Angesichts der noch ausbaufähigen Therapiebemühungen (vgl. Urk. 8/35/43 und Urk. 8/35/50) und des in der Laboranalyse festgestellten ungenügenden Spiegels der ihr abgegebenen Psychopharmaka (Urk. 8/35/47) ist schliesslich auch der ausgewiesene Leidensdruck der Beschwerdeführerin im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu verneinen.

Gesamthaft betrachtet kann somit auch in Anwendung der geänderten Rechtsprechung nicht auf eine invalidisierende Wirkung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geschlossen werden.

#### **E. 4.6**

Die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vermögen die psychiatrische Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5) hat Dr. E.\_\_\_\_ zum Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2014 (Urk. 8/30) Stellung genommen und erklärt, dass die

genannte Diagnose einer reaktiven Depression nachvollzogen werden könne. Eine selbständige Angstsymptomatik bestehe nicht. Hypochondrische Befürchtungen seien in der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten. Dr. B.\_\_\_\_ gehe nicht auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ein, welche im Vordergrund stehe. Er berücksichtige auch die krankheitsfremden Faktoren nicht. Die von ihm angeführte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne angesichts der insgesamt mit den psychiatrischen Symptomatik nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/35/51-52).

Im nur wenige Monate nach der Begutachtung bei Dr. E.\_\_\_\_ erstellten Bericht vom 2. Dezember 2014

vertrat Dr. B.\_\_\_\_ mit der Begründung, dass sich inzwischen eine erhebliche Tendenz zur Chronifizierung zeige, die verständlich werde, weil auch die innere Konflikthaftigkeit aus einer grundsätzlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität und des Selbst hervorgehe, die Auffassung, dass das psychiatrische Zustandsbild der Beschwerdeführerin nunmehr einer anderen diagnostischen Kategorie zuzuordnen sei ( Urk. 8/55/6). Die aktuellen Diagnosen lauteten: anhaltende mindestens mittelschwere Depression auf grund narzisstischer Beeinträchtigung und reduzierter Selbstverfügbarkeit mit deutlicher Chronifizierungsneigung und Angstsymptomatik (multiple phobische Ängste, die nicht Teil der depressiven Symptomatik sind). Diese – von den gut achterlichen abweichenden - Diagnosen wurden von Dr. B.\_\_\_\_ befundmässig nicht untermauert und ihre Kodierung unter ICD-10 F40.8 (nicht näher bezeichnete affektive Störung) resp. ICD-10 F40.8 (sonstige phobische Störungen) erscheint nicht nachvollziehbar. Gleiches gilt für seine – von der gut achterlichen ebenfalls abweichende - Schlussfolgerung, wonach aufgrund dieser „Komorbidität“ die Schmerzproblematik mit Sicherheit nicht überwindbar sei ( Urk. 8/55/10). Es ist aufgrund der Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht ersichtlich, warum bei der Beschwerdeführerin nunmehr (vgl. demgegenüber noch Urk. 8/30/4) eine eigenständige (von der Schmerzproblematik sowie den psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöste) psychische Komorbidität vorliegen soll. Von einer Chronifizierung des psychischen Zustandsbildes kann sodann nach dem Gesagten angesichts der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin erstmals im Juni 2013 in psychiatrische Behandlung (bei Dr. B.\_\_\_\_ ) begab ( Urk. 8/55/2), die Therapiesitzungen zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung (Juni 2014) nur alle drei Wochen stattfanden und in diesem Zeitpunkt auch der Medikamentenspiegel zu tief war, nicht die Rede sein. Im Übrigen 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 leger 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2, 8C\_997/2010 vom 10. August 2011 E. 3.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1).

Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

#### **E. 4.7**

Der Einwand der Beschwerdeführerin, Dr. E.\_\_\_\_ hätte psychiatrische und standardisierte Testverfahren durchführen müssen ( Urk. 1 S. 4 ), ist nicht stichhaltig. Die Frage, ob und welche Zusatzuntersuchungen nebst dem psychiatrischen Explorationsgespräch

erforderlich sind, ist vom Gutachter zu beantworten. So sehen die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie in Ziff. 4.3.2.2 vor, dass lediglich bei begründeter Indikation, wie zum Beispiel Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbußen, der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu prüfen ist. Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen klinischen Untersuchungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird. Wurden – wie vorliegend – in der psychiatrischen Untersuchung

keine derartigen Beeinträchtigungen oder Beschwerden gefunden (vgl. Urk. 8/35/44-45), so ist der Verzicht auf die Durchführung von Testverfahren nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.8**

Auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. D. \_\_\_ und E. \_\_\_ kann somit abgestellt werden. Es kann deshalb – mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2015 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Allrounderin bei der Y. \_\_\_ GmbH

nie über einen längeren Zeitraum erheblich eingeschränkt war.

Mangels relevanter Einschränkung in der Tätigkeit als Allrounderin hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtet (vgl. E. 1.6). 5.

#### **5.1**

Im Weiteren verzichtete die Beschwerdegegnerin auch

auf eine Haushaltabklärung zur Ermittlung einer allfälligen gesundheitsbedingten Leistungseinbusse der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich. Zu beachten ist

diesbezüglich, dass der Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich in der Regel geringer ist als derjenige im Erwerbsbereich, da im Haushalt hauptsächlich leichtere bis mittel schwere Tätigkeiten zu verrichten sind und es den Versicherten im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar ist, ihre Arbeit einzuteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen (vgl. BGE 133 V 5 04 E. 4.2 mit Hinweisen). Zudem ist von Belang, dass Dr. D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ die Ansicht vertraten, es könne für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (Urk. 8/35/22). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. E. \_\_\_ hat die Beschwerdeführerin sodann angegeben, dass sie den Haushalt teilweise selbständig erledigen könne (Urk. 8/35/44). Da angesichts der vorliegenden Verhältnisse die Behinderung im Haushalt 80 % betragen müsste, damit zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 0 % ein Gesamtinvaliditätsgrad von 40 % und damit Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung bestünde ( $[80\% \times 0.5 = 40\%] + 0\% = 40\%$ ), durfte die Beschwerdegegnerin

– entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 9) - von der genauen Ermittlung des Invaliditätsgrades im Aufgabenbereich mittels einer Haushaltabklärung absehen (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts

I 246/03 vom 15. Juni 2004 E. 5.2).

5.2

Die angefochtene Verfügung, mit der ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint wurde, erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

**E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.

**E. 9**

Diese Beurteilung der

Dr. D. \_\_\_ und

E. \_\_\_

ist angesichts der genannten Befunde und der dazugehörigen Erläuterungen einleuchtend und plausibel.

Aus den diversen im Rahmen des Einwandverfahrens

ein gereichten Arztberichten betreffend ihren somatischen Gesundheitszustand (Urk. 8/43, Urk. 8/44, Urk. 8/49, Urk. 8/50, Urk. 8/53 und Urk. 8/57) kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Den Bericht der Klinik für Nephrologie des G. \_\_\_ vom 5. März 2014 (Urk. 8/44) hat Dr. D. \_\_\_ im Rahmen seiner Begutachtung berücksichtigt (vgl. Urk. 8/35/8).

Die Ärzte der Klinik für Nephrologie hielten darin insbesondere auch fest, dass die Beschwerdeführerin aktuell beschwerdefrei und die Nierenfunktion normal sei (Urk. 8/44/1). Die gleichen Angaben wurden seitens der Klinik für Nephrologie des G. \_\_\_ auch im – von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten – Bericht vom 17. November 2014 gemacht (Urk. 3/8). Der – laut den Angaben von Dr. D. \_\_\_ (Urk. 8/35/12) im Zeitpunkt der Begutachtung gut eingestellte – Diabetes mellitus ist behandelbar. Gleiches gilt für die von Dr. H. \_\_\_

im Bericht vom 17. Juli 2014 (Urk. 8/43) erwähnte arterielle Hypertonie und den Vitamin-B-Mangel.

Diese Leiden sind daher nicht als invalidisierend zu betrachten (vgl. Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes, RAD, vom 28. November 2014, Urk. 8/62/2). Die anfangs November 2014 zur Behandlung der Harninkontinenz in der gynäkologischen Poliklinik des G. \_\_\_

durchgeführte Schlingenoperation,

im Hinblick auf welche der Beschwerdeführerin vorgängig eine Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 14. November 2014 in Aussicht gestellt worden war (Urk. 8/53),

hatte sodann offensichtlich keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge, zumal von diesbezüglichen Beschwerden bereits im ausführlichen (provisorischen) Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des G. \_\_\_ vom 5. Februar 2015 keine Rede mehr war (vgl. Urk. 3/9).

Im Weiteren ist auch

aufgrund dieses im Beschwerdeverfahren ein gereichten (provisorischen) Austrittsberichts der Klinik für Rheumatologie des G. \_\_\_ vom 5. Februar 2015 keine erhebliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen. So zeigten die verschiedenen im Januar 2015 durchgeführten bildgebenden Untersuchungen weitgehend diskrete

Befunde (vgl. Urk. 3/9 S. 1-2). Was die bildgebenden Untersuchungen der LWS, HWS und Brustwirbelsäule (BWS) vom 22. Januar 2015 im Speziellen betrifft, ist im Übrigen – wie Dr. D. \_\_\_ bereits im Gutachten bemerkte (Urk. 8/35/13) – darauf hinzuweisen, dass sich allfällige radiologisch erhobene Veränderungen im Wirbelsäulenbefund alleine

nicht notwendigerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung nieder schlagen ; vielmehr sind derartige Befunde jeweils anhand der Klinik zu überprüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3 mit Hinweis).

Im Übrigen wurde der Beschwerdeführerin seitens der Klinik für Rheumatologie des G.\_\_\_\_ nur für die Dauer des Klinikaufenthaltes eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 3/8 S. 4).  
4.

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