

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00512 vom 19. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00512

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00512 du 19 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00512 del 19 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, absolvierte einen einjährigen Kurs sowie ein Praktikum an einer Haushaltungsschule (Urk. 10/1). Ab 1994 tätigte sie gemeinsam mit ihrem zweiten Ehemann Wohnungsräumungen (Urk. 10/9/2, 10/9/30 f. und 10/12/1). Nach seiner Pensionierung übertrugen sie das Unter nehmen im Frühling 2011 auf seine Kinder (Urk. 10/9/2 und 10/26/27 f.). Im Übrigen meldete die Versicherte ihrer Unfallversicherung zwischen 2001 und 2011 diverse Arbeits- und Verkehrsunfälle sowie einen Nichtbetriebsunfall (Urk. 10/16/2-8 und 10/16/11-14).

Im Mai 2013 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), an (Urk. 10/2). Diese holte einen Auszug aus dem Individuellen Konto (Urk. 10/6) sowie einen Bericht beim Hausarzt (Urk. 10/7), beim Spital Z.____, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin (Urk. 10/8), und beim behandelnden Psychiater (Urk. 10/9) ein, denen jeweils weitere Arztberichte beilagen. Ferner liess sie die Versicherte einen Fragenbogen zur Bestimmung des Erwerbsstatus ausfüllen (Urk. 10/12) und gab schliesslich ein polydisziplinäres Gutachten bei der A.____ AG in Auftrag. Dieses datiert vom 19. August 2014 (Urk. 10/26). Gestützt auf dieses und die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 10/28/6 f.) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 17. Dezember 2014 eine auf sechs Monate befristete Drei viertelsrente in Aussicht (Urk. 10/30). Dagegen erhob die Versicherte Einwand (Urk. 10/38, Urk. 10/42). Mit Verfügung vom 25. März 2015 sprach ihr die IV-Stelle wie angekündigt eine befristete Dreiviertelsrente für November 2013 bis April 2014 zu und stellte fest, ab Mai 2014 bestehe kein Rentenanspruch mehr (Urk. 2 = Urk. 10/46 und 10/49).

E. 1.1

Invaldität 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dies nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: (1) Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt; (2) die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist; (3) die Einschränkung ist medizinisch angeh- oder gar heilbar; (4) die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt. Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets respektive unabhängig vom Beschwerdebild nachzuweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 8.1).

E. 1.3

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

E. 2

des Bundesgesetzes

über die Invalidenversicherung, IVG). Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3).

Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies übrigens nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur

Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die befristete Dreiviertelsrente gestützt auf das Gutachten der A. ___ AG (Urk. 10/26) und die Stellungnahmen des RAD (Urk. 28/6 f.). Sie argumentierte, die Beschwerdeführerin sei ab Juli 2013 zu 50 % und seit spätestens April 2014 zu 100 % in angepassten Tätigkeiten arbeitsfähig. Dabei betonte sie die rege Alltagsaktivität und Mobilität, die eher geringgradig ausgeprägten klinischen Befunde, die medikamentöse Behandelbarkeit des Leidens, die niedrige Therapiefrequenz und das Bestehen invaliditätsfremder psychosozialer Belastungsfaktoren. Beim leidensbedingten Abzug von 10 % seien nur die somatischen Einschränkungen zu berücksichtigen. Damit betrage der Invaliditätsgrad bis April 2014 69 % und danach 38 %. Schliesslich sei die Anmeldung verspätet erfolgt (Urk. 2 und 9).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin Berichte (Urk. 3/2-6) von Dr. med. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. C. ___, Facharzt für Kardiologie, und Dr. med. D. ___, Facharzt für Innere Medizin, entgegen und machte geltend, im Gutachten seien die zwanghafte Persönlichkeitsstörung und die traumatische Vergangenheit, mithin die labile Situation und schwierige Therapierbarkeit, nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 3). Die eingetretene Verbesserung der psychischen Beschwerden sei nicht dauerhaft gewesen und hätte zudem erst nach drei Monaten zur Rentenaufhebung führen dürfen (Urk. 1 S. 4). Ferner bestehe aufgrund der kardiologischen Problematik eine weitere Einschränkung in Form erhöhter Sturzgefahr. Der leidensbedingte Abzug sei aufgrund des Alters, der geringen Berufserfahrung und der psychischen Einschränkungen auf mindestens 15 bis 20 % zu erhöhen (Urk. 1 S. 5).

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Dabei gilt es mit Blick auf die vorliegend zur Verfügung stehenden Unterlagen speziell nachfolgende Grundsätze zu beachten.

E. 3.1.1

mit Hinweisen).

E. 3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei

psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und ob der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 4.1

Für das Gutachten der A. ___ AG wurde die Beschwerdeführerin im April 2014 internistisch, neurologisch und rheumatologisch untersucht sowie psychiatrisch und neuropsychologisch abgeklärt (Urk. 10/26). Dabei wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: (1) Hüftimpingement rechts mit Verdacht auf eine femoroacetabuläre Labrumläsion bei Verdacht auf eine dysplastisch angelegte Hüfte (ICD-10: M24.95), (2) beginnende Gonarthrose beidseits (ICD10: M17.1), (3) degenerative Halswirbelsäule (Chondrosen/Osteochondrosen C3-C7 mit begleitenden Facettengelenksarthrosen) mit Haltungsinsuffizienz und myofaszialem Schmerzsyndrom, anteilig Facettengelenkschmerzen, Zervikozephalgien (ICD-10: M53.82, ICD-10: M54.82 und ICD-10: R29.3) sowie (4) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden (1) ein Morbus Basedow, aktuell euthyreot ohne Therapiebedarf, (2) eine Migräne, (3) eine Läsion des Nervus axillaris links nach Schlüsselbeinfraktur, (4) ein Restless-Legs-Syndrom, unter Sifrol befriedigend kompensiert, (5) ein Status nach Schulterluxation links, ohne funktionelle Einschränkung und (6) eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5) diagnostiziert (Urk. 10/26/44).

E. 4.2

In Zusammenfassung aller Teilgutachten kamen die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren, körperlich und psychisch erheblich fordernden Tätigkeit sei aus rheumatologischen und psychiatrischen Gründen wahrscheinlich auf Dauer nicht mehr gegeben (Arbeitsunfähigkeit von 100 %). In körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sei jedoch eine Arbeitsfähigkeit (Pensum und Leistung) von 100 % anzunehmen, da die anamnestisch erhobene rege Alltagsaktivität und Mobilität sowie die insgesamt eher geringgradig ausgeprägten klinischen Störungsbefunde gegen eine

dar über hinausgehende Beeinträchtigung sprechen würden. Gut geeignet seien etwa Arbeiten an Pforten/Auskunftstresen, in Telefon-/Wachdiensten sowie an Kassen oder in einfachen Hol-/Bringdiensten (Urk. 10/26/42). Diese Einschätzung gelte mangels ausreichender Vorbefunde ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (Urk. 10/26/45). Eine Besserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht wahrscheinlich, man empfehle aber die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Behandlung zur Stabilisierung des erreichten Zustands (Urk. 10/26/45).

Dazu erläuterten sie, es liege keine namhafte Depressivität oder anderweitig psychische Störung vor. Die bisherige Therapie sei als erfolgreich anzusehen, so dass die vorangehende psychiatrische Begründung der Arbeitsunfähigkeit zu mindest für angepasste Tätigkeiten entfallen könne. Die ICD-10-Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode seien angesichts des erhobenen AMDP-konformen psychiatrischen Befunds nicht mehr erfüllt. Der aktenkundig vorbeschriebene Sedativa-Fehlgebrauch bestehe nicht mehr. Auch sei die vorangehend diagnostizierte chronische Schmerzstörung zumindest nicht mehr als vorliegend anzusehen, da eine somatische Basis der reklamierten Schmerzen zumindest anteilig wesentlich zu erheben (gewesen) sei und eine eigenständige Schmerzerkrankung auch qua fehlendem zeitlich assoziiertem dysfunktional verarbeiteten seelischem Konflikt allenfalls [nur] als möglich anzusehen sei (Urk. 10/26/42 f.). Auch seien die Foerster-Kriterien nicht erfüllt, da anamnestisch eine rege Alltagsaktivität bestehe, keine Komorbidität vorliege und die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft seien (Urk. 10/26/45 f.).

E. 4.3

Dem primär strittigen psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist ergänzend zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe eine traumatisierende Kindheit mit häufigen Gewalt erfahrungen, sexuellem Missbrauch und frühem Verlust der leiblichen Mutter durchlebt. Mit 19 Jahren habe sie ihr erstes Kind geboren und in weiteren Beziehungen erneut körperliche und psychische Gewalt erlebt. Dennoch sei es ihr gelungen, ihre Kinder allein zu erziehen und kontinuierlich einer Arbeits tätigkeit nachzugehen. Die hierbei deutlich werdende Resilienz und intra psychischen Ressourcen stünden im Kontext mit einer sehr genauen, zu Perfektionismus und Überforderung neigenden Primärpersönlichkeit. Die damit zusammenhängende chronische psychische und [gemeint] physische Verausgabung und Überforderung trage jedoch – neben der unsicheren finanziellen Perspektive nach der Übertragung der Firma – zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik bei (Urk. 10/26/34). Zum Befund notierte Dr. F.____, die Stimmung sei nur streckenweise zum dysthymen Pol verschoben und das formale und inhaltliche Denken normal, abgesehen von einer nächtlich betonten Grübelneigung und Einengung auf Zukunftssorgen sowie finanzielle Sorgen . Deutlich würden ein übertriebener Hang zu Perfektionismus und Gewissenhaftigkeit, Kontrollbedürftigkeit sowie Ordnungs- und Sauberkeitszwängen. Beim Verlassen des eigenen Haushaltes führe sie eine kleine Desinfektionsflasche mit sich. Die Zwangssymptome würden aber nicht den Schweregrad einer Zwangsstörung erreichen, sondern unter Berücksichtigung der ICD-10-Kriterien einer zwanghaften Persönlichkeits störung entsprechen. Ausserdem bestehe ein leichtgradig depressives Syndrom, das bei anamnestisch bereits mehrfach aufgetretenen depressiven Episoden als rezidivierende depressive Störung mit dem klinischen Beschwerdebild einer gegenwärtig leichtgradigen depressiven Episode einzuschätzen sei . Die diagnostischen Kriterien einer

posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht erfüllt (Urk. 10/26/32-35). Daraus schlussfolgerte er, im Vergleich zum Untersuchungsbefund im Juni 2013 habe sich dank der laufenden psychiatrischen Therapie eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes eingestellt, die sich – abgesehen von der Absetzung von Venlafaxin – auch in der Gestaltungsfähigkeit des Alltages zeige. So sei es der Beschwerdeführerin möglich, den Haushalt zu versorgen, Auto zu fahren, Aktiviäten zu entfalten und mehrfach im Jahr in den Urlaub zu fahren. Eine wesentliche Beeinträchtigung der Gestaltungs- und Partizipationsfähigkeit liege nicht mehr vor. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin somit in der Lage, zumindest Arbeiten mit einfachen Ansprüchen an die geistige und psychische Belastbarkeit, die Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit sowie geistige Flexibilität – mithin Tätigkeiten im gegebenen Bildungsniveau – voll schichtig (Pensum und Leistung 100 %) zu verrichten (Urk. 10/26/35).

E. 4.4

Im ebenfalls beanstandeten internistischen Teilgutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wurden grenzwertige Blutdruckwerte bei ansonsten unauffälligem Befund festgestellt. Es würden sich weder klinisch noch aus dem Studium der Akten Hinweise auf eine behinderungsrelevante internistische Erkrankung ergeben (Urk. 10/26/12).

E. 5.1.1

Gegen die psychiatrische Beurteilung richtet sich die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 4. Mai 2015, mitunterzeichnet vom Psychologen lic. phil. H.____. Er brachte vor, im Gutachten würden zwar eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Traumatisierung attestiert, aber deren Auswirkungen nicht diskutiert. Auf S. 35 werde suggeriert, es handle sich bei der Persönlichkeitsstörung um eine Störung mit geringerem Schweregrad als eine Zwangsstörung, dabei handle es sich um verschiedene Krankheitskategorien. Gemäss durchgeführtem Test SKID-II seien die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung deutlich erfüllt. Diese beeinträchtige die Arbeits- und Problembewältigungsfähigkeit beträchtlich. Die labile Situation führe bei Belastungen sofort zu Depressionen. Das Gutachten konzentriere sich deshalb zu sehr auf das aktuelle Zustandsbild und sei zu wenig auf den Verlauf und die Zukunft ausgerichtet (Urk. 3/6 Ziff. 3).

E. 5.1.2

Die depressive Störung habe sich im Juli 2014 erneut zu einer mittelschweren Episode verschlechtert, was zur Wiederaufnahme der antidepressiven Medikation geführt habe. Nach einer vorübergehenden Besserung im Herbst habe sich der Zustand aufgrund psychosozialer Belastungen im Januar 2015 zu einer schweren depressiven Episode verschlechtert, weshalb die Medikation erneut erhöht worden sei. Die depressive Entwicklung habe trotz regelmässiger ambulanter Psycho- und Pharmakotherapie bisher nicht einer konstanten Besserung zugeführt werden können. Es bestünden weiterhin phasenweise eine gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, ein Verlust an früheren Interessen, eine Verminderung des Antriebs, Suizidgedanken, Schlafschwierigkeiten, eine deutlich geringere Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie eine geringe Belastbarkeit. Wegen der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörung werde die Therapie deutlich länger dauern als üblich und der Erfolg weniger nachhaltig und kaum vollständig sein. Dies habe der bisherige Verlauf bestätigt. Die Gestaltungsfähigkeit des Alltags sei aufgrund der depressiven Symptome die meiste Zeit mittelschwer bis schwer eingeschränkt – dies

beziehe sich auf soziale wie auch auf körperliche Tätigkeiten (Urk. 3/6 Ziff. 2 f.).

E. 5.1.3

Zum Befund notierte Dr. B. ___ unter anderem, die Auffassung sei ungestört und die Merkfähigkeit intakt, die Konzentration und das Gedächtnis seien leicht vermindert. Das formale Denken sei kohärent und nicht gehemmt, aber leicht eingeengt bzw. leicht bis mittelschwer grübelnd. Es bestehe ein zwanghaftes Verhalten in Bezug auf Reinigung und Haushalt sowie eine Neigung zu Rigidi tät und mangelnder Selbstfürsorge. Affektiv zeige sich die Beschwerdeführerin zeitweise ratlos und mit einer mittel- bis manchmal schwergradigen Störung der Vitalgefühle. Sie sei mittel- bis zeitweise schwergradig depressiv. Ihre Stim mung sei mittelgradig resigniert bis zeitweise hoffnungslos, aber nicht gereizt. Indessen zeige sie sich unter Druck ungeduldig und impulsiv. Sie habe leichte Insuffizienz- und Schamgefühle. Sie sei mittelgradig affektlabil. Der Antrieb sei mittelgradig bis zweitweise schwer gehemmt. Psychomotorisch sei sie unruhig, aber nicht theatralisch. Gedanken an den Tod seien zeitweise vorhanden, Hin weise für akute Suizidalität bestünden aber nicht. Ebenfalls vorhanden seien Ein- und Durchschlafstörungen mit regelmässigen Alpträumen sowie ein mittel- bis zeitweise schwergradiges Rückzugsverhalten (Urk. 3/6 Ziff. 4).

E. 5.1.4

Die für eine Arbeitstätigkeit notwendige psychische und physische Belastbarkeit sei daher nicht gegeben. Der Mini-ICF-APP-Test führe zu Defiziten von schwe rem Ausmass in Bezug auf die Durchhaltefähigkeit (gehemmter Antrieb, mittel gradige Affektlabilität), Selbstbehauptungsfähigkeit (gehemmter Antrieb), Grup penfähigkeit (Rückzugsneigung, Impulsivität unter Druck), Flexibilität und Um stellungsfähigkeit (Rigidität, übermässiger Eigensinn) sowie Anwendung fach licher Kompetenzen. Mittelfristig werde eine Tätigkeit zu höchstens 50 % mit häufigen Pausen in angepasster Tätigkeit und mit Unterstützung möglich sein (Urk. 3/6 Ziff. 3).

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bun desgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

E. 5.2.1

Für die Qualifikation als mittelgradige depressive Episode müssen mindestens zwei der drei typischen Symptome einer Depression gegeben sein: depressive Stimmung (1), Verlust von Interesse oder Freude (2) und Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit (3). Zusätzlich müssen drei oder besser vier der weiteren Symptome vorhanden sein: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizid ge danken/erfolgte Selbstverletzung/Suizidhandlungen, Schlafstörungen und ver min dert er Appetit. Einige der Symptome müssen in ihrem Schweregrad beson ders ausgeprägt sein oder aber es ist durchgehend ein besonders breites Spekt rum von Symptomen vorhanden. Der Betroffene hat erhebliche Schwierig keiten, seine normale Berufstätigkeit und sozialen Aktivitäten fortzusetzen.

In Abgrenzung hierzu bedarf es für die Qualifikation einer leichten depressiven Episode neben mindestens zwei typischen nur zwei der weiteren Symptome und keines sollte besonders ausgeprägt sein. Der Betroffene leidet zwar unter den Symptomen und hat

Schwierigkeiten, seine normale Berufstätigkeit und seine sozialen Aktivitäten fortzusetzen, gibt aber die alltäglichen Aktivitäten nicht vollständig auf. Eine schwere depressive Episode ist zu diagnostizieren, wenn alle drei typischen und mindestens vier der weiteren Symptome vorhanden sind, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten. Wenn die Symptome besonders schwer sind und sehr rasch auftreten, kann es gerechtfertigt sein, die Diagnose nach weniger als zwei Wochen zu stellen. Es ist unwahrscheinlich, dass der Betreffende während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 169-174).

E. 5.2.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermaßen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 5.3.1

Im Bericht vom 3. Juni 2013 diagnostizierte Dr. B.____ nach zwei konsiliarischen Untersuchungen im Herbst 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1; Urk. 10/7/6 ff.). Nach einer weiteren Konsultation am 14. Juni 2013 bestätigte er diese Diagnose (mit anderer Kodierung) in einem zweiten, undatierten Bericht (Urk. 3/3 = Urk. 10/9/1 ff.). Darin notierte er zum Befund, die Auffassung sei ungestört und die Merkfähigkeit intakt, indessen seien die Konzentration und das Gedächtnis leicht vermindert. Das formale Denken sei nicht gehemmt und kohärent, aber leicht bis mittelschwer grübelnd. Es bestehe eine mittelgradige Störung der Vitalgefühle. Die Beschwerdeführerin sei mittelgradig deprimiert, ihre Stimmung leicht resigniert, aber nicht gereizt. Sie habe leichte Insuffizienz- und Schamgefühle, aber keine Schuldgefühle. Sie sei mittelgradig affektlabil, manchmal leicht gereizt. Der Antrieb sei leicht bis mittelgradig verarmt respektive gehemmt. Es würden Gedanken an den Tod berichtet, doch bestünden keine Hinweise auf akute Suizidalität. Es seien Ein- und Durchschlafstörungen vorhanden. Die Beschwerdeführerin berichte von regelmässigen Alpträumen (Ziff. 1.4). Angesichts der beschriebenen, oft nur leichten Ausprägung der Symptome und der angegebenen Medikation von 75 mg Eflexor täglich seit 28. Mai 2013 (Ziff. 1.5) erscheint die Qualifikation der depressiven Episode als mittelgradig wohlwollend.

Im Übrigen verknüpfte Dr. B.____ die psychischen Beschwerden mit der bisherigen Tätigkeit, indem er ausführte, die Beschwerdeführerin habe von 2010 bis 2011 die Wohnung des verstorbenen Vaters aufgeräumt. Seither würden – aus gelöst durch Gerüche – quälende Erinnerungen an ihre Kindheit und Jugend sowie die hochbelastende bisherige Arbeit auftreten. Nachts habe sie regelmässig Alpträume (Ziff. 1.4). Da ihr Kompensationsmechanismen wie Selbstwahrnehmung und -fürsorge nicht ausreichend zur Verfügung stünden, würde die bisherige Arbeit zu erneuten verstärkten Depressionen und diese zu chronischen Schmerzzuständen, Schlafstörungen, Medikamentenmissbrauch, Suizidgedanken, Unfällen und vollständiger Erschöpfung führen (Ziff. 1.7). Dennoch attestierte er auch in angepassten Tätigkeiten nur eine 50%-Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.4 und 1.7).

E. 5.3.2

In Anbetracht des psychopathologischen Befundes sowie der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin in der gutachtlichen Untersuchung beanstandete Dr. B.____ zu Recht nicht, dass Dr. F.____ im April 2014 unter Berücksichtigung der Kriterien nach dem Klassifikationssystem ICD-10 nur noch eine leichte depressive Episode diagnostizierte. Die Beschwerdeführerin selbst gab damals unter anderem an, es gehe ihr psychisch eigentlich recht gut. Die Therapie tue ihr gut, sie habe sich etwas stabilisiert. Efexor und die noch bis zum vergangenen Jahr benötigten Schlaftabletten nehme sie nicht mehr, aber Remeron (30 mg/Tag) um besser schlafen zu können. Sie schlafe wechselnd, aber meistens recht ordentlich (Urk. 10/26/27-29). Sie stehe meist um 7 Uhr auf, frühstücke und lockere sich dann mit häuslicher Gymnastik. Sie sei sehr pingelig, genau und gründlich, weshalb sie nahezu den ganzen Tag aufräume, putze und sich mit dem Haushalt beschäftige. Sie schwimme ca. zweimal pro Monat und spaziere nach Möglichkeit einmal am Tag. Ausserdem backe sie gerne. Mit dem Autofahren gebe es keine Probleme. Sie beobachte gerne andere Menschen und mache sich Gedanken über deren Schicksale. Vor einigen Tagen habe sie eine Kreuzfahrt im Mittelmeer gemacht und nutze wenn möglich mehrmals im Jahr die Wohnung ihrer Schwägerin in I.____. Letztmals sei sie im Januar 2014 sechs Wochen dort gewesen (Urk. 10/26/31 f.).

E. 5.3.3

Der neuen Stellungnahme von Dr. B.____ (vgl. E. 5.1) ist zu entnehmen, dass nach der Begutachtung bzw. Absetzung des Efexor im Juli 2014 eine weitere mittelgradige depressive Episode auftrat, die aber unter entsprechender Medikation im Herbst 2014 besserte. Eine erstmals schwere depressive Episode beschreibt Dr. B.____ im Januar 2015, wobei er als Auslöser nicht näher erörterte psychosoziale Belastungen nennt. Zeitlich folgte die Episode unmittelbar auf den Erhalt des Rentenvorbescheids, wobei bereits Dr. F.____ ein auf finanzielle Sorgen bzw. Zukunftssorgen eingengesetztes Denken festgestellt hatte. Die Beschwerdeführerin hatte ihm gegenüber angegeben, die Kinder würden entgegen ihren Erwartungen nach der Unternehmensübertragung nichts an ihren Lebensunterhalt beitragen und das Erbe ihres Vaters sei mittlerweile aufgebraucht (Urk. 10/26/27).

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren können sich zwar mittelbar invaliditätsbegründend auswirken, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern

(Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Wo hingegen im Wesentlichen nur Befunde erhoben werden, die 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). Wird das Beschwerdebild – was vorliegend aufgrund des expliziten Hinweises von Dr. B.____ und der bisher nur mittelgradigen depressiven Episoden für die letzte Episode überwiegend wahrscheinlich ist – augenfällig durch psychosoziale Umstände bestimmt und unterhalten, kann nicht von einem psychischen Gesundheitsschaden gesprochen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.4). Im Übrigen deutet nichts auf eine länger andauernde, massgebliche Verschlechterung hin. Aus therapeutischer Sicht war soweit ersichtlich einzig eine Erhöhung der antidepressiven Medikation, aber beispielsweise weder eine engmaschigere Gesprächstherapie noch ein stationärer Aufenthalt indiziert. Überdies ist aus der Formulierung („zeitweise“, „manchmal“) und der

Argumentation von Dr. B.____ zu schliessen, dass sein psychopathologischer Befund (vgl. E. 5.1.3) keine Momentaufnahme, sondern einen Verlaufsbericht darstellt.

E. 5.3.4

Gesamthaft betrachtet traten bis Januar 2015 maximal mittelgradige depressive Episoden auf, die sich als gut behandelbar erwiesen. Die Beschwerdeführerin nahm erstmals Ende August 2012 eine psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung in Anspruch und bereits vor der Begutachtung Mitte April 2014 stellte sich – trotz gemäss Dr. B.____ phasenweiser verstärkter Symptomatik und schwieriger Behandelbarkeit – eine Besserung des Gesundheitszustandes ein, die es ihr erlaubte, die Medikamente bis auf das Remeron abzusetzen, eine straffe Tagesstruktur wahrzunehmen und selbst gewählten Aktivitäten nachzugehen. Schnell besserte nach Angaben von Dr. B.____ auch die im Sommer 2014 aufgetretene Episode nach Wiederaufnahme der antidepressiven Medikation. Für die gerichtliche Beurteilung massgebend sind zwar nicht die tatsächlichen Verhältnisse im Begutachtungszeitpunkt, sondern bei Erlass der Verfügung (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Indessen bestehen keine objektiven Anhaltspunkte dafür, dass die letzte Episode im Januar 2015 tatsächlich wesentlich schwerer oder – ausgelöst durch psychosoziale Umstände – nicht ebenfalls kurzfristig therapierbar war. Diesbezüglich ist auch den Gutachtern beizupflichten, dass die therapeutischen Möglichkeiten bisher nicht ausgeschöpft wurden.

E. 5.4

Persönlichkeitsstörungen vermögen - im Gegensatz zu bloss akzentuierten

Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1) – durchaus einen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen). Soweit Dr. F.____ die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung unter Ausschluss einer Zwangsstörung (ICD-10: F42) stellte, entspricht dieses Vorgehen den Vorgaben der ICD-Klassifikation (vgl. Dilling /Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 281). Entgegen den Befürchtungen von Dr. B.____ lässt dies keine Rückschlüsse auf die Ausprägung als Persönlichkeitsstörung zu, welche er nach Durchführung eines strukturierten klinischen Interviews (SKID II) im Übrigen selbst bestätigte. Zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit - und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden - besteht alsdann keine Korrelation. Deshalb weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1).

E. 5.5

Dr. F.____ legte die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar dar. Einerseits sah er in der Persönlichkeitsstörung den Hauptgrund für das auffallend normale Familienleben und die unauffällige Erwerbsbiographie trotz sexuellem Missbrauch, frühem Verlust der Mutter, mehrfacher Gewalterfahrungen und psychisch erheblich belastender Arbeit während vieler Jahre. Andererseits gab er zu bedenken, dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund der Persönlichkeitsstörung chronisch psychisch und physisch verausgabte und überforderte, was zur Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik beitrug. Diesem Umstand trug er beim Belastungsprofil Rechnung, indem er Arbeiten mit einfachen Ansprüchen an die geistige und psychische Belastbarkeit, die Umstellungs- und

Anpassungsfähigkeit sowie die geistige Flexibilität als geeignet bezeichnete. Es leuchtet ein, dass die Beschwerdeführerin in derartigen Tätigkeiten im Vergleich zur bisherigen Arbeit weniger Gefahr läuft, sich selbst zu überfordern. Eine physische Überforderung ist bereits aufgrund der Anpassung des Belastungsprofils aufgrund der somatischen Einschränkungen nicht möglich (vgl. E. 4.2; rheumatologische Beurteilung Urk. 10/26/27).

Dr. B.____ zeigte in seiner Stellungnahme zum Gutachten keine wichtigen neuen Gesichtspunkte auf, die gemäss Rechtsprechung geeignet wären, das Ergebnis der neutralen Begutachtung in Frage zu stellen. Insbesondere würdigte Dr. F.____ den Konnex zwischen Belastung und Verstärkung der Depression nachvollziehbar im Rahmen des von ihm erstellten Belastungsprofils. Dem gegenüber lässt sich aufgrund der Ausführungen von Dr. B.____ nicht eruieren, weshalb die zur Diagnose Persönlichkeitsstörung führenden Befunde (wie Sauberkeits- und Ordnungszwänge, Zwang zur Pünktlichkeit, Hang zu Perfektionismus und Gewissenhaftigkeit, Kontrollbedürfnis und Mitnahme einer Desinfektionsflasche) auch die Arbeitsfähigkeit in einer anspruchlosen Tätigkeit einschränken sollen. Augenfällig ist zudem die Steigerung in seinen Berichten vom blossen Verdacht einer akzentuierten Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1; Urk. 10/7/8), über das „tiefgreifende Muster einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung“ mit folglich erschwerter Therapierbarkeit der Depression (Urk. 3/3 S. 2 f.), hin zur durch die Persönlichkeitsstörung bedingten labilen Situation, die bei Belastungen sofort zu Depressionen führt (Urk. 3/6 S. 2). Eine wohlwollende Beurteilung als Folge eines sich nach den ersten konsiliarischen Konsultationen entwickelnden Vertrauensverhältnisses ist evident.

E. 5.6

Zum Nachweis einer bestehenden kardiologischen Problematik reichte die Beschwerdeführerin Berichte von Dr. C.____, datiert vom 9. Dezember 2014 (Urk. 3/4) und 21. April 2015 (Urk. 3/5), ein. Daraus ergibt sich, dass sie über vier filmrissartige Synkopen ohne jegliche vorangehende Prodromi in den vergangenen zwei Jahren berichtete, wobei sie sich zuletzt eine ausgeprägte Gesichtskontusion zugezogen haben soll. Dr. C.____ bezeichnete die Ursache als noch nicht geklärt. Die R-Test-Untersuchung über sieben Tage sei unauffällig geblieben, die Echokardiographie zeige keine strukturelle Pathologie. Ein Klappenvitium habe man ausschliessen können. Am 15. Januar 2015 sei der Beschwerdeführerin aufgrund der pathognomonischen Anamnese ein Reveal implantiert worden. Seither sei die Beschwerdeführerin bezüglich Synkope beschwerdefrei geblieben. Gezeigt habe der Reveal vereinzelte Bradykardien nachts mit einer Frequenz um 39 Schläge pro Minute. Demnach ist festzuhalten, dass – nach einer ersten gemäss Angaben von Dr. D.____ im Jahr 2006 durchgeführten unauffälligen kardiologischen Abklärung (Urk. 3/2 S. 1) – heute nach wie vor (noch) keine nennenswerten objektiven Erkenntnisse zu den Herzbeschwerden vorliegen.

E. 5.7

Zusammenfassend ist vollumfänglich auf das Gutachten der A.____ AG abzustellen. Die Gutachter haben alle von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt, sich mit den Vorakten auseinandergesetzt, die Diagnosen nachvollziehbar begründet und die Arbeitsfähigkeit schlüssig beurteilt. Was Dr. B.____ dagegen vorbrachte, überzeugt nicht. Er verwies vorab auf die gut behandelbare depressive Symptomatik (gehemmter Antrieb, mittelgradige Affektlabilität und Rückzugsneigung). Den übrigen von ihm genannten Einschränkungen (Impulsivität unter Druck, Rigidität, übermässiger Eigensinn

sowie Einschränkung bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen) trägt das angepasste Belastungsprofil bzw. Anforderungsniveau 4 sichtlich Rechnung. Die später erneut aufgetretenen depressiven Episoden begründeten keine invaliden versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit mehr.

In zeitlicher Hinsicht ist ergänzend auf die Stellungnahmen des RAD-Arzt es

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hinzuweisen. Er hielt am 10. September und 11. Dezember 2014 (Urk. 10/28/7) fest, Dr. B.____

habe für Juni 2013 (vgl. dazu Urk. 3/3 Ziff. 1.4 und 1.8 f.) eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten Tätigkeiten bei mittelgradiger depressiver Episode an gegeben. Eine mehr als mittelgradige depressive Symptomatik sei im Verlauf nicht beschrieben worden, so dass eine unter 50 % liegende Arbeitsfähigkeit ab 2012 wahrscheinlich nicht vorgelegen habe. Ab wann sich nach Juni 2013 die im Gutachten festgestellte Verbesserung eingestellt habe, sei ebenfalls nicht sicher reproduzierbar. Als Anhaltspunkt könne nur die Aussage der Beschwerdeführerin zitiert werden, dass sich die Schlafstörungen Ende 2013 gebessert hätten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne dies

aber nicht belegt werden. Dementsprechend schätze Dr. E.____ die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auf 0 % von August 2012 bis Juni 2013, auf 50 % ab Juli 2013 bis März 2014 und auf 100 % seit April 2014.

Die Arbeitsunfähigkeit von 50 %

erscheint bei einer mittelschweren Depression im Licht der Rechtsprechung des Bundesgerichts, soweit es einen invalidisierenden Charakter bejahte, als vertretbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_651/2012 vom 8. April 2013 und 9C_140/2014 vom 7. Januar 2015). Die Verbesserung ist für den Untersuchungszeitpunkt gutachtlich ausgewiesen, wobei klare Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie bereits mehrere Wochen zuvor eingetreten sein muss (Absetzung Schlafmittel, subjektive Angaben zum Urlaub und zu den monatlichen/täglichen Aktivitäten). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist nach Art. 88a IVV ab dem Zeitpunkt zu berücksichtigen, in dem anzunehmen ist, dass sie voraussichtlich länger andauern wird und in jedem Fall, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Der Wortlaut von Art. 88a Abs. 1 erster Satz IVV würde vorliegend daher auch die Rechtsauffassung der Beschwerdeführerin stützen, aber das Bundesgericht wendet in der Regel immer die Vorschrift in Abs. 1 zweiter Satz an und gewährt oder bestätigt eine höhere Rente für zusätzlich drei Monate (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2008 vom 21. April 2009 E. 2). Die Dreiviertelrente ist dementsprechend aufgrund der überwiegend wahrscheinlich mindestens seit Anfang April 2014 bestehenden Verbesserung auf Ende Juni 2014 zu befristen.

E. 6.1

Zur geltend gemachten Erhöhung des leidensbedingten Abzugs ist anzumerken, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischere noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei

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

E. 6.2

Wie Dr. F. ___ in Bezug auf die psychischen Beschwerden bereits mit einer Aufzählung von Verweisungstätigkeiten verdeutlichte, steht der Beschwerdeführerin eine Vielzahl von Tätigkeiten entsprechend ihrem Bildungsniveau zur Auswahl. Bei solchen Tätigkeiten, die mit dem Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Jahr 2010 korrespondieren, ist folglich nicht mit einer Lohneinbusse zu rechnen.

E. 6.3

Würde einer möglichen Sturzgefahr zufolge von Herzbeschwerden beim Belastungsprofil insofern Rechnung getragen, als keine Arbeiten auf Leitern/Gerüsten oder an gefährlichen Maschinen möglich wären, würde dies ebenfalls keinen erhöhten leidensbedingten Abzug rechtfertigen. Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer (weiteren) Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4).

Der Umstand, dass die versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die im Sitzen verrichtet werden kann und die Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln bietet, ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind, ist im Hinblick auf den allein massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2. 1) ebenfalls nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8). In diesem Sinne erscheint der Abzug von 10 % für das gutachtliche Belastungsprofil

(zumindest körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeiten) bereits als grosszügig .

E. 6.4

Das fortgeschrittene Alter führt ebenfalls nicht automatisch zur Erhöhung des leidensbedingten Abzugs, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 4 sogar eher lohn erhöhend auswirkt. Es ist jedoch bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit als ein abzugsrelevanter Aspekt immer unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalles zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.2). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Soweit die Beschwerdeführerin daher auf ihr Alter und die fehlende Berufserfahrung in angepassten Tätigkeiten hinweist, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie bei Erstattung des Gutachtens erst 54-jährig war und ihr ein breites Spektrum an schnell erlernbaren Hilfstätigkeiten möglich ist, wobei sie Vollzeit arbeiten kann und über langjährige Arbeitserfahrung verfügt. Ein erhöhter Abzug

rechtfertigt sich wiederum nicht.

E. 7

Zusammenfassend ist die Verfügung vom 25. März 2015 also dahingehend abzu ändern, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete Drei viertelsrente für die Monate November 2013 (bei Anmeldung im Mai 2013, vgl. Urk. 10/2; Art. 29 Abs. 1 IVG) bis Juni 2014 hat (vgl. E. 5.7 vorstehend). In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis 1'000.– fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.– festzusetzen und zufolge teilweisen Obsiegens der Beschwerdeführerin zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 2 GSVGer). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sowie eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 145.– (zzgl. MWST) erscheint für die durch eine Sozialarbeiterin der Pro Infirmis vertretene Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 500.– als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. März 2015 abgeändert und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. November 2013 bis 30. Juni 2014 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin zu drei Vierteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 500.– (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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