

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01024 vom 29. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01024 du 29 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01024 del 29 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

(Urk. 8/ 34). Zudem beauftragte die IV-Stelle ihren Abklärungsdienst mit der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Haushalt (Abklärungsbericht vom 8. Februar 2012, Urk. 8/37).

Mit Vorbescheid vom 14. März 2012

stellte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprechung einer vom 1. Februar bis 31. August 2011 befristeten Viertelsrente in Aussicht (Urk. 8/45). Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (Urk. 8/50), worauf die IV-Stelle eine ergänzende Stellungnahme bei der Begutachtungsstelle

Z.____ einholte (Stellungnahme vom 18. Juli 2012, Urk. 8/58).

Da die Versicherte im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

wiederholt eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend machte (Urk. 8/50, 8/54, 8/65), holte die IV-Stelle in der Folge weitere Berichte bei den behandelnden Ärzten ein und ordnete zur Klärung des Verlaufs des Gesundheitszustandes seit der Z.____ -Begutachtung eine erneute polydisziplinäre Begutachtung an (Urk. 8/75).

Die Abklärungsstelle A.____ erstattete ihr Gutachten am 18. September 2014 (Urk. 8/91). Mit Verfügung vom 7. September 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten wie angekündigt eine vom 1. Februar bis 31. August 2011 befristete Viertelsrente zu (Urk. 2 [= 8/111]).

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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. 1.3.2

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).

E. 1.4

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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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, ob der Experte oder die Expertin 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.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 1. Oktober 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei insoweit aufzuheben, als ihr lediglich eine befristete Viertelsrente zugesprochen worden sei und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere sei ihr eine höhere, unbefristete Rente zuzusprechen und eventuell seien Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 2

E. 2.1

Die IV-Stelle erwog im angefochtenen Entscheid, die Beschwerdeführerin sei seit dem 25. Februar 2010 in ihrer Arbeitsfähigkeit in unterschiedlichem Ausmass eingeschränkt. Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Kassierer in zu einem Pensum von 94 % nachgehen würde. Die restlichen 6 % entfielen auf den Aufgabenbereich. Nach Ablauf des Wartejahres (Februar 2011) sei die Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig gewesen, was im Erwerbsbereich zu einer Einbusse von 43 % führe. Im Aufgabenbereich sei die Beschwerdeführerin gemäss Haushaltabklärung zu 35 % eingeschränkt gewesen. Damit ergebe sich nach Gewichtung der Tätigkeitsbereiche

nach Ablauf des Wartejahres ein Gesamtinvaliditätsgrad von 43 % (Erwerbsbereich: 41 %, Haushaltsbereich 2 %) und somit einen Anspruch auf eine Viertelsrente.

Die medizinischen Abklärungen hätten weiter ergeben, dass der Beschwerdeführerin ab dem 16. Mai 2011 eine angepasste Arbeitstätigkeit wieder zu 70 % zumutbar gewesen sei, weshalb ab diesem Zeitpunkt im Erwerbsbereich lediglich noch eine Erwerbseinbusse von 21 % resultiere und

sich unter Berücksichtigung der 35 %igen Einschränkung im Haushaltsbereich nach Gewichtung der Tätigkeitsbereiche noch ein Gesamtinvaliditätsgrad von 22 %

ergebe (Erwerbsbereich: 20 %, Haushaltsbereich 2 %). Ab 1. September 2011 (drei Monate nach der Verbesserung) bestehe deshalb kein Rentenanspruch mehr. Gestützt auf das A.____-Gutachten vom 19. September 2014 sei schliesslich ausgewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit nunmehr überhaupt nicht mehr eingeschränkt sei (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, weder das Z.____ -Gutachten noch das A.____ -Gutachten sei ein beweiskräftig. Zumindest mittelfristig könne nicht von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Auch in Anwendung der neuen

Rechtsprechung

zu den psychosomatischen Beschwerdebildern ergebe sich ein offensichtlicher seit Jahren bestehender Rentenanspruch (Urk. 1). 3. 3.1

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 31. Oktober 2011 beruht auf im Juni 2011 durchgeführten Untersuchungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (Urk. 8/34/3).

Im Gutachten wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 10/34/20): - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.00) - nach vorausgegangener Anpassungsstörung, zirka 2009 ; - aktuell mit spezifischer Psychotherapie und Psychopharmakotherapie ; - bei akzentuierter Persönlichkeit ; - bei negativen Erlebnissen in der Kindheit ; - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit zirka 2008.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 8/34/20) : - Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts > links - Fehlstrickhaltung, mediorechtslaterale bis juxtaforaminal reichende Diskushernie C4/5 mit Kompression des Myelons rechts und breitbasige beidseits bis juxtaforaminal reichende Diskushernie mit relativer Spinalkanalstenose C5/6 und angedeuteter Diskushernie C6/7 ohne Nervenwurzelkompression ; - ausgeprägte myotendinotische Komponente; - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - MRI LWS vom 29. Oktober 2010: Intraforaminale flache Diskushernie L4/5 links ohne Nervenwurzelkompression , median rechts, paramediane flache Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Wurzel S1 rechts, Anulusriss L5/S1. Multisegmentale Spondylarthrose mit teilweiser Aktivierung; - ausgeprägte myotendinotische Komponente; - Störungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent - Abhängigkeit bestehend 1989 bis 1995; - Störung durch Tabak, Nikotinabhängigkeit - zirka 40-50 Jahre ; - seit 1981; - episodischer Spannungskopfschmerz.

Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass es

bei ihrer letzten Arbeitsstelle bei der Y.____ zu einem Konflikt mit einer neuen Vorgesetzten gekommen sei, welche als Serbin versucht habe, den Konflikt zwischen ihren beiden Ethnien fortzuführen; schlussendlich sei es Ende Oktober 2010 zur Kündigung gekommen, wobei diese Kündigung aus gesundheitlichen Gründen erfolgt sei. Es sei Anfang 2010 zu einer deutlichen Verschlechterung ihrer bis dahin mässigen Rückenschmerzen gekommen und sie habe deshalb erstmalig einen Arzt aufgesucht und

sei krankgeschrieben worden, da sich keine Besserung der Beschwerden ergeben hätte (Urk. 8/34/21).

Die Gutachter hielten fest, gemäss dem MRI-Bericht vom 12. März 2010 seien fortschrittliche osteochondrotische Veränderungen im Bereich von C4 bis C7 sowie bis intraforaminal reichende Diskushernien in den Segmenten C4/5 und C5/6 diagnostiziert worden. Es sei eine mögliche, positionsabhängige Nervenwurzelkompression beschrieben worden, im Bereich von C5/6 bestehe eine relative Spinalkanalstenose. Der Hausarzt habe

der Beschwerdeführerin ab dem 15. Februar 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Im Bericht des B.____ vom 11. August 2010 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als arbeitsfähig eingestuft worden. Gemäss Bericht des Hausarztes vom 16. August 2010 sei es im weiteren Verlauf trotz multimodaler Therapie ein schliesslich Antidepressiva und psychischen Gesprächstherapien zu keiner gesundheitlichen Verbesserung gekommen, sondern im Gegenteil zu einer „Symptomausweitung“; der Hausarzt der Beschwerdeführerin habe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und die Aufnahme einer körperlich leichten Arbeit in ein bis zwei Monaten zu einem Pensum von 50 % prognostiziert. Im Bericht vom 8. September 2010 (Anmerkung: der C.____, vgl. Urk. 8/19) seien eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie histrionische Persönlichkeitszüge an geführt worden. Ausserdem seien psychosoziale Belastungsfaktoren beschrieben worden (angespanntes Verhältnis zu Partner und Familie, Schwierigkeiten mit der Vorgesetzten, Angst vor Stellenverlust; Urk. 8/34/21 f.).

In der aktuell erhobenen internistischen Anamnese seien für die Explorandin vor allem bei Wetterwechsel auftretende Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und des Kopfes im Vordergrund gestanden, weiter habe sie über Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Parästhesien im Bereich des rechten Beines und Ziehen des rechten Fusses berichtet. Auf Nachfrage habe sie über gelegentlich auftretende Schwindelbeschwerden berichtet und über zwei Suizidversuche mittels Tabletten und habe angegeben, sie könne sich nicht mehr so gut konzentrieren wie früher und fühle sich depressiv. Eine deutliche Verbesserung könne sie durch ihre Medikamente nicht erzielen, es sei lediglich etwas Linderung möglich. Haushaltsarbeiten mache sie überhaupt keine, dafür käme die Spitex zwei Mal pro Woche. Diskrepant dazu habe die Explorandin in der psychiatrischen Anamnese berichtet, dass die Schwester des Ex-Freundes Arbeiten im Haushalt gegen Geld ausführe. In der klinisch-internistischen Untersuchung habe sich eine massive Adipositas gezeigt.

Beim Besteigen der Waage hätten sich für den Untersuchenden grotesk wirkende Schwankbewegungen des ganzen Körpers gezeigt, der Arm-Vorhalteversuch sei von der Beschwerdeführerin aufgrund eines starken Schwindelgefühls abgebrochen worden. Das Verhalten der Explorandin habe auf den Untersuchenden in dieser Situation nicht authentisch gewirkt. Aus internistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können (Urk. 8/34/22).

Es sei eine Laboruntersuchung durchgeführt worden, welche keine pathologischen Werte gezeigt habe. Eine psychopharmakologisch suffiziente Behandlung könne auf Grund der Blutspiegelwerte der Medikamente nicht bestätigt werden (Urk. 8/34/22).

In der rheumatologischen Befunderhebung hätten sich inkonstante Befunde gezeigt, einige Untersuchungen seien aufgrund von Gegenspannen der Muskeln nicht möglich gewesen. Aus diesem Grund sei die Aussagekraft der rheumatologischen Untersuchung eingeschränkt. Dennoch sei das Ausmass der beklagten Beschwerden wie auch das Ausmass der subjektiven Behinderung aus rheumatologischer Sicht nicht mit den erhobenen Befunden erklärbar. Es fänden sich Zeichen für eine nicht-organische Schmerzursache. Aufgrund der vorhandenen degenerativen Veränderungen und Diskopathien, der Haltunginsuffizienz und der muskulären Dekonditionierung seien aktuell schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten nicht geeignet, für körperlich leichte Arbeiten bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/34/22).

Neurologisch

hätten sich ebenfalls deutliche Diskrepanzen gezeigt, beispielsweise wie bei Bewegungen, welche in der Untersuchungssituation nicht, in unbeobachteten Momenten jedoch gut möglich gewesen seien. Auch seien während der Untersuchung gezeigte pathologische Auffälligkeiten im unbeobachteten Verhalten der Explorandin nicht festzustellen gewesen. Es sei daher insgesamt von somatischer Seite her von einer Beschwerdeverdeutlichung, möglicherweise auch von einer Beschwerdeaggravation auszugehen (Urk. 8/34/23).

Die Gutachter hielten dafür, sowohl die Frage nach nicht-organischen Schmerz faktoren wie auch die aktuelle psychiatrische Diagnose sollte durch eine psychiatrische Begutachtung geklärt werden. Formell müsse aufgrund der Angaben der Explorandin die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom gestellt werden. Zusätzlich bestehe eine anhaltende

somatoforme Schmerzstörung. Auffällig seien auch in

der psychiatrischen Begutachtung Diskrepanzen. Beispielsweise habe die Explorandin während der Anamneseerhebung weniger depressiv gewirkt als bei der Befunderhebung. Auch durchgeführte Tests hätten zum Teil so schlechte Ergebnisse gezeigt, wie sie beispielsweise bei einem demenzten Menschen zu erwarten wären. Dies stimme jedoch nicht mit anderen Befunden und auch nicht mit der Alltagsfunktionalität der Explorandin überein. Insgesamt würden sie die Diagnose einer depressiven Störung aber nicht anzweifeln und aufgrund der erhobenen Anamnese und den Testergebnissen von einer aktuell mittelgradigen Episode ausgehen. Bei entsprechender Therapie sei die Prognose günstig (Urk. 8/34/23). Es bestehe eine relevante psychosoziale Problematik. Die Explorandin lebe mit ihrem getrennten Partner und Vater ihres Sohnes weiterhin in einem Haushalt, wobei der Ex-Partner eine neue Partnerin habe. Die Beschwerdeführerin habe weiter hohe Schulden. Auch der Arbeitsplatzkonflikt mit der Vorgesetzten scheine im Rahmen der Krankheitsentwicklung/Stellenkündigung relevant zu sein. Es sei davon auszugehen, dass den psychosozialen Faktoren ein hoher Stellenwert beizumessen sei.

Die Explorandin halte sich selber aktuell auch für angepasste Tätigkeiten nicht arbeitsfähig. Dieser Auffassung könnten sie sich gesamtgutachterlich auf Grundlage der erhobenen Befunde und der vorliegenden Berichte nicht anschließen (Urk. 8/34/23).

Zur Arbeitsfähigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass eine Diskrepanz zwischen dem Arbeitgeberfragebogen und den Angaben der Explorandin hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, speziell bezüglich der Frage, ob sie zu 100 % an der Kasse eingesetzt worden sei oder im Rahmen einer „Allrounderin“ auch Lager- und Regalarbeiten unternommen habe, bestehe. Da es sich um unterschiedliche körperliche Belastungen handle, sei die Arbeitsfähigkeit allgemein zu formulieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe zur Zeit bei mittel schwerer depressiver Episode mit verminderter Frustrationstoleranz, Einschränkungen der Konzentration und dem Gedächtnis sowie einer erhöhten Ermüdbarkeit eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der bisherigen oder in einer vom psychischen Anforderungsprofil her ähnlichen Tätigkeit. Aus somatischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen degenerativen Veränderungen und Diskopathien

in körperlich mittelschweren bis schweren Arbeiten nicht arbeitsfähig. Für körperlich leichte Tätigkeiten bestehe aus somatischer Sicht aktuell eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei

das Arbeitsprofil wie folgt festzulegen sei: körperlich leicht, maximale Lastenhandhabung beidhändig bis 10 kg, keine wiederholte oder langandauernde Tätigkeiten in Zwangshaltungen, möglichst wechselbelastende Tätigkeit mit Möglichkeit zum regelmässigen Positionswechsel, keine Arbeit mit wiederholter Reklination der Halswirbelsäule. Haushaltstätigkeiten könne die Beschwerdeführerin bei freier Einteilbarkeit – abgesehen von schweren Arbeiten wie Möbel rücken – selber bewältigen (Urk. 8/34/24).

Aus somatischer Sicht würden sie sich dem Bericht von Dr. med. D.____ vom 11. August 2010 anschliessen; spätestens ab diesem Zeitpunkt bestehe eine entsprechende Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Arbeiten. Von psychiatrischer Seite her sei auf den Bericht von Dr. med. E.____ vom 8. September 2010 ab zustellen, in welchem eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom seit 09/2010 beschrieben werde. Diese nehme eine leichte- bis mittelgradige Ausprägung an (beispielsweise Bericht der F.____

vom 23. Mai 2011, Entlassung mit aktuell leicht gradiger Depression) bis hin zur Remission (Bericht der C.____

vom 14. Mai 2011). Die genaue Arbeitsunfähigkeit im zeitlichen Verlauf anzugeben sei nicht möglich, da diese Angabe in zwei oder drei psychiatrischen Berichten fehle. Insgesamt sei aber davon auszugehen, dass analog dem Bericht vom 8. September 2010 seit 09/2010 eine Einschränkung in der Höhe von 50 % und ab dem 12. Mai 2011 bei remittierter depressiver Episode eine psychiatrische Einschränkung von maximal 30 % bestanden habe. Unter adäquater psychiatrischer Therapie sei von einer Verbesserung im Verlauf auszugehen. Die Explorandin sei im Verlauf für eine adäquate psychiatrische Therapie noch nicht bereit gewesen. Auch aktuell seien keine suffizienten Psychopharmaka bei der Blutentnahme zu objektivieren gewesen (Urk. 8/34/24). Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht günstig, so dass – bei einer regelmässigen Therapie einschliesslich Blutspiegel-Serumkontrollen – eine psychiatrische Nachbegutachtung in einem Jahr vorge schlagen werde (Urk. 8/34/25). 3.2

Das polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 18. September 2014 beruht auf im April 2014 durchgeführten Untersuchungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (Urk. 8/91).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/91/41): - Residuelle depressive Episode mit leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0) bei rezidivierender depressiver Störung, bei möglicher posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1); - Adipositas Grad I; - Migräne; - Polyneuropathie; - Schalleitungsstörung rechts; - Hypermobilität (Brighton Score 5 von 9, Genua recurvata beidseits), ICD-10 M35.7, M99.

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, die Explorandin habe eine Lustlosigkeit, Dünnhäutigkeit, ein aggressives Verhalten, kognitive Einschränkungen, Anspannungszustände, Abwesenheitszustände, selbstverletzendes Verhalten, paranoides Erleben, paroxysmale Angstzustände sowie getriggertes

Wiedererleben traumatischer Situationen aus der Kindheit in Form von Flashback-Erleben und Intrusionen geschildert. In der Untersuchung seien eine Anspannung mit motorischer Unruhe sowie ein depressiv-dysphorischer Affekt zu erkennen gewesen. Ausreichend

detaillierte Informationen zu einem möglichen früheren traumatischen Erleben seien nicht verlässlich zu erlangen gewesen. Der Beschwerdevortrag habe insgesamt expansiv, demonstrativ bis gelernt imponiert, so dass eine authentische gravierende Beeinträchtigung nicht ausreichend schlüssig sei. Die hier objektivierbare leichtgradige depressive Verstimmung lasse allenfalls die Diagnose einer residuellen depressiven Episode mit aktuell noch leichtgradiger Ausprägung zu, die weitere berichtete Symptomatik mit erhöhtem vegetativen Arousal, Anspannungszuständen und innerer Unruhe sowie Flashbackerleben und Intrusionen würden für eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung als Hintergrund der aktenkundigen rezidivierenden depressiven Episoden sprechen (Urk. 8/91/37). Seit mehreren Jahren finde eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung statt, inzwischen auch mit mehrfachen stationären Aufenthalten, wobei unter anderem über eine Somatisierungsstörung, eine mittelgradige depressive Episode, eine histrionische

Persönlichkeitsstörung sowie eine bipolare Störung berichtet worden sei. Im psychiatrischen Gutachten der Begutachtungsstelle Z.____ sei unter anderem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden, wobei anzumerken sei, dass die ICD-10-Kodierung einer leichtgradigen depressiven Episode entspreche. Die dort auch erwogene Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei nicht haltbar. Die Stellung dieser Diagnose erfordere, dass die Symptomatik bis in die Kindheit und Jugend der Betroffenen zurückzuverfolgen sei. Der Symptombeginn, der von der Beschwerdeführerin geschildert werde, spreche deutlich gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Anhand des erhobenen Befundes sei im Vergleich zu den aktenkundigen Vorbewertungen eine Verbesserung anzunehmen, da die jetzige Exploration nicht ausreichend wahrscheinlich eine über eine leichtgradige depressive Episode hinausgehende Störung gezeigt habe. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit, die auch seinerzeit nur mit 30 % geschätzt worden sei, könne aus gutachterlicher Sicht nicht mehr erkannt werden. In der Bewertung des psychiatrischen Bildes könnten die sich aus den somatischen Teilgutachten ergebenden Aspekte einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden nicht unberücksichtigt bleiben, da dies auch in der Einschätzung der subjektiven psychiatrischen anamnestischen Angaben zu beachten sei, namentlich sei auch hier eine zumindest anteilig wesentliche demonstrative Darstellung kritisch einzubeziehen (Urk. 8/91/37 f.).

In der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jeder körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit per sofort 100 % betrage (Urk. 8/91/38 f.). Eine namhafte Änderung des somatischen Status im Vergleich zu 2011 sei nicht wahrscheinlich, die jetzige Bewertung entspreche hinsichtlich der somatischen Aspekte weitgehend der zitierten polydisziplinären Vorbegutachtung aus dem Jahr 2011; auch dort werde aus somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, zumindest in körperlich leichten Tätigkeiten, bescheinigt

(Urk. 8/91/39). Die seinerzeitige Eingrenzung auf lediglich körperlich leichte Arbeiten sei jedoch nicht haltbar, da die Aspekte einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden nicht hinreichend diskutiert und berücksichtigt worden seien und bildmorphologische Befunde ohne eigenständigen Krankheitswert miteinbezogen worden seien (Urk. 8/91/42). Aus psychiatrischer Sicht sei im Z.____-Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert worden. Der aktuelle hiesige Befund

lasse nunmehr lediglich noch die Attestierung einer leichtgradigen Depressivität zu. Es sei somit von einer eingetretenen Verbesserung auszugehen und die bislang attestierte partielle Arbeitsfähigkeit entfalle (Urk. 8/91/39 f.).

Schliesslich wurde festgehalten, dass sich aus allen Teilgutachten ergebenden deutlichen Anhaltspunkte für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden seien zu berücksichtigen, so dass der subjektive Beschwerdevortrag der Versicherten in besonderer Weise nicht einfach übernommen werden könne und eine zumindest anteilig wesentliche bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden nicht ausser Acht zu lassen sei (Urk. 8/91/40). 4.

E. 4

Im November 2015 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht und mitgeteilt, dass das Gericht die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte (Urk. 9). Am 24. Juni 2016 reichte die Beschwerdeführerin einen Arztbericht ein (Urk. 10, 11), was der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 4. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Am 22. Juli 2016 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht zu den Akten (Urk. 13, 14). 3.

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

E. 4.1

Sowohl das

Z.____-Gutachten vom 31. Oktober 2011 als auch das A.____-Gutachten vom 18. September 2014 erfüllen die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (E. 1.4). Beide Gutachten beruhen auf ausführlichen Untersuchungen (Z.____-Gutachten: Urk. 8/34/12, 8/34/43 ff., 8/34/56 ff., 8/34/63 f.; A.____-Gutachten: Urk. 8/91/15 f., 8/91/18 ff., 8/91/23 ff., 8/91/34 ff.), erfolgte n unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (Z.____-Gutachten: Urk. 8/34/8 ff., 8/34/37 ff., 8/34/55, 8/34/61 f.; A.____-Gutachten: Urk. 8/91/13 f., 8/91/17, 8/91/22 f., 8/

E. 4.2.1

Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft, wurde im Z.____-Gutachten vom 31. Oktober 2011 nachvollziehbar dargelegt, dass bei einer depressiven Störung, aktuell mittelgradiger Episode, eine um 30 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, retrospektiv jedoch gestützt auf die aktenanamnestischen Angaben bis 11. Mai 2011 von einer 50%igen Einschränkung auszugehen sei (E. 3.1). Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin erfolgte diese Beurteilung in Kenntnis des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin kurz vor der Z.____-Begutachtung in der F.____

sowie in der C.____

stationär behandelt worden war.

Zu diesem Einwand nahm der psychiatrische Gutachter denn auch bereits am 18. Juli 2012 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

ausführlich Stellung (Urk. 8/58). Er

wies

insbesondere darauf hin,

dass in beiden Austrittsberichten über eine Verbesserung des Zustandes berichtet worden sei und die zur Klinikeinweisung führenden Exazerbationen zur Diagnosefindung und zur Festlegung der längerfristigen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden seien (Urk. 8/58/3).

Auch zu der kurz nach der Z.____-Begutachtung erneuten stationären psychiatrischen Behandlung in der C.____

vom 23. September bis 1. Dezember 2011 (vgl. Austrittsbericht vom 8. Dezember 2011, Urk. 8/49) – wo der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 1. Juli 2012 attestiert worden war (Urk. 8/49/2) -

nahm der psychiatrische Gutachter ergänzend Stellung und hielt fest, dass im Bericht der C.____ nicht über eine Verschlechterung berichtet werde und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit mit Blick auf die erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar sei. Die beim Austritt festgestellte „stark erhöhte Kränkbarkeit und verminderte Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit“ könne keine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen (Urk. 8/58/4). Es seien auch keine weiteren Behandlungsempfehlungen ausser einer Weiterbehandlung durch die Psychiaterin und Pulskontrollen durch den Hausarzt abgegeben worden, was nicht gut zur empfohlenen Arbeitsunfähigkeit von 100 % über einen Zeitraum von über einem halben Jahr passe (Urk. 8/58/5).

E. 4.2.2

Im A.____-Gutachten vom 18. September 2014 wurde sodann nachvollziehbar ausgeführt, dass die anlässlich der Untersuchung objektiv ermittelte leichte depressive Verstimmung allenfalls noch die Diagnose einer residuellen depressiven Episode mit aktuell noch leichtgradiger Ausprägung zulasse, somit von einer Verbesserung seit der Z.____-Begutachtung auszugehen sei und aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden könne (E. 3.2).

So war denn der Befund anlässlich der psychiatrischen Untersuchung weitgehend unauffällig: die Konzentration und die Aufmerksamkeit wurden als unauffällig beschrieben, die Beschwerdeführerin war zu den Qualitäten Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert, die Stimmung war nur leichtgradig zum depressiven Pol hin verschoben (phasenweise deutlich angespannt und dysphorisch), die affektive Auslenkbarkeit war erhalten und der Antrieb eher gesteigert (Urk. 8/91/35 f.).

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag diese Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens praxisgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung an (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1).

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass im A.____-Gutachten weder der Bericht der G.____

vom 23. März 2015 über die stationäre Behandlung vom 16. Januar bis 1. Februar 2014 (vgl. Urk. 8/101 : Zuweisung zur psychosomatischen Rehabilitation) noch der Bericht der C.____

vom 29. Juni 2012 über die stationäre Behandlung vom 8. Mai bis 13. Juni 2012 (vgl. Urk. 8/103) berücksichtigt worden seien, in welchen jeweils über eine schwere depressive Episode berichtet worden war, so ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachter im Besitz von umfangreichen Vorakten waren, insbesondere auch von Berichten über seit der Z.____-Begutachtung erfolgte stationäre Behandlungen (vgl. Urk. 8/91/

E. 4.2.3

Gemäss Bericht der C.____ vom 27. Juli 2015 war die Beschwerdeführerin nach der A.____-Begutachtung erneut vom 28. Januar bis 25. Februar in stationärer Behandlung, wobei eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode diagnostiziert wurde (Urk. 8/112). Aus diesem Bericht ergibt sich jedoch nicht in nachvollziehbarer Weise, dass sich die depressive Störung seit der A.____-Begutachtung relevant verschlechtert hätte. So gab die Beschwerdeführerin bei der Aufnahme zwar an, in den letzten Wochen an zunehmenden Aggressionszuständen bei chronischem Schmerzsyndrom gelitten zu haben und die bei Schmerzen auftretenden negativen Emotionen schwer kontrollieren zu können (Urk. 8/112/3). Anhaltspunkte, dass es vor dem Hintergrund objektiver Befunde zu einer relevanten Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen sein sollte, sind indes keine ersichtlich.

E. 4.2.4

Zu der von den behandelnden Ärzten teilweise genannte n Diagnose einer histrioiden Persönlichkeitsstörung wurde sodann sowohl im

Z.____-Gutachten als auch im A.____-Gutachten eingehend Stellung genommen und nachvollziehbar dargelegt, weshalb diese Diagnose nicht bestätigt werden könne. Der psychiatrische Gutachter der Begutachtungsstelle Z.____ wies in seiner Stellungnahme vom 18. Juli 2012 insbesondere darauf hin, dass sich eine Persönlichkeitsstörung definitionsgemäss bereits in der Jugend manifestierte, die Exploantin aber bis 2010 ohne psychisch relevante Einschränkungen gearbeitet habe (Urk. 8/58/2) und auch der psychiatrische Gutachter der Begutachtungsstelle A.____ führte aus, der Symptombeginn, wie er von der Beschwerdeführerin geschildert werde, spreche deutlich gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (E. 3.2). Inwiefern sich eine Persönlichkeitsstörung entgegen den gutachterlichen Beurteilungen bis in die Kindheit verfolgen lässt – wie die behandelnde Psychiaterin Dr. med. H.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie dafürhält (Urk. 8/100/9) – wird nicht dargelegt. Die abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärzte, welche ihren Beurteilungen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zugrunde gelegt haben, vermögen daher die gutachterlichen Einschätzungen nicht zu erschüttern (Berichte der C.____

([Urk. 8/49, 8/69, 8/103] Bericht des I.____ [Urk. 8/60], Berichte von Dr. H.____ [Urk. 8/67, 8/100/8-10]).

E. 4.2.5

Dass aufgrund einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung keine höhergradigen Einschränkungen attestiert wurden, ist sodann entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin auch aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen

Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn : eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 mit Hinweisen).

Vorliegend wiesen sowohl die Z.____-Gutachter als auch die A.____-Gutachter durchgehend auf erhebliche Diskrepanzen hin. Der internistische Z.____-Gutachter hielt fest, das Verhalten der Beschwerdeführerin habe den Verdacht auf eine bewusstseinsnahe Beschwerdeverdichtung erweckt (Urk. 8/34/11). Die rheumatologischen

Z.____-Gutachter berichtete ebenfalls über demonstrativ theatralisches Verhalten und über inkonsistente Befunde. So betrug die Greifkraft bei der Untersuchung beispielsweise 0 bar , Taschen konnten mit der rechten Hand jedoch problemlos getragen werden (Urk. 8/34/17 f.). Die neurologischen

Z.____-Gutachter berichtete, die Untersuchungen hätten zu inkongruenten, teils widersprüchlichen Ergebnissen geführt. Auffallend seien vor allem die Differenzen in der Durchführung von spontanen Bewegungsabläufen und den gleichen Bewegungsabläufen nach Aufforderung während der Untersuchung gewesen . So beobachtete sie beispielsweise beim An- und Auskleiden eine Kopffrotation von mindestens 60 Grad in alle Richtungen , nach Aufforderung war hingegen unter Angabe von massiven Schmerzen eine Kopffrotation weder aktiv noch passiv möglich (Urk. 8/34/19).

Bei der A.____-Begutachtung berichtete sodann der internistische Gutachter über demonstratives Verhalten (Urk. 8/91/15) und der neurologische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin habe während der gesamten Untersuchung in Diskrepanz zu ihren anamnestischen Angaben zur aktuellen Schmerzintensität nicht schmerzbeeinträchtigt gewirkt (Urk. 8/91/18) . Die im klinischen Befund demonstrierten Einschränkungen hätten unter Ablenkung prompt sistiert. Die gebotene Beschwerdepräsentation spreche für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden (Urk. 8/91/22).

Auch im rheumatologischen Teil des A.____-Gutachtens wurde schliesslich über eine grobe Diskrepanz zwischen den reklamierten und demonstrierten Einschränkungen der Mobilität einerseits und der ungestörten und schmerzfreien spontanen Mobilität andererseits berichtet (Urk. 8/91/30; vgl. die zahlreich festgestellten Inkonsistenzen in Urk. 8/91/24 ff.).

E. 4.3.1

Aus somatischer Sicht kamen sowohl die A.____-Gutachter als auch die Z.____-Gutachter zum Schluss, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (E. 3.1, 3.2).

Abweichende einschlägige fachärztliche Beurteilungen liegen nicht in den Akten.

Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, im Rahmen der A.____-Begutachtung hätten neue radiologische Bilder angefertigt werden müssen, nahm der RAD am 7. März 2015 Stellung und führte nachvollziehbar aus, dass bei fehlen den klinischen Hinweisen auf eine Veränderung gegenüber 2010 eine MRI-Untersuchung aus medizinischer Sicht nicht notwendig gewesen sei (Urk. 8/108/7). Es liegen denn auch keine anderen Berichte in den

Akten, welche auf eine Verschlechterung hinweisen würden.

Dass im Rahmen der A.____-Begutachtung ausserdem davon ausgegangen wurde, dass die Schalleitungsstörung die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Auch hier liegen keine abweichende Beurteilungen in den Akten und es ist nicht einsichtig, wieso die Gutachter veranlasst gewesen wären, hierzu weitere Abklärungen zu tätigen (vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 7. März 2015, Urk. 8/108/8).

E. 4.3.2

In Bezug auf das zumutbare Arbeitsprofil gibt es zwischen den zwei Gutachten jedoch gewisse Diskrepanzen: Während die Z.____-Gutachten das Zumutbarkeitsprofil auf körperlich leichte, möglichst wechselbelastende Tätigkeiten, mit der Möglichkeit zum regelmässigen Positionswechsel und mit einer maximalen Lastenhandhabung beidhändig bis 10 kg, ohne wiederholte oder langandauernde Tätigkeiten in Zwangshaltungen und ohne wiederholte Reklination der Halswirbelsäule, beschränkten (E. 3.1), kamen die A.____-Gutachter zum Schluss, dass körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeit zumutbar seien und die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (E. 3.2).

Angesichts dessen, dass gewisse Unklarheiten in Bezug auf das Tätigkeitsprofil in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vorliegen (vgl. E. 3.1), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades lediglich noch von einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausging. Da es sodann vorliegend ohne Einfluss auf die Rentenhöhe bleibt, kann offen bleiben, ob auf das Tätigkeitsprofil gemäss A.____-Gutachter oder gemäss Z.____-Gutachter abzustellen ist. 4. 4

Gestützt auf das Z.____-Gutachten vom 31. Oktober 2011 sowie das A.____-Gutachten vom 18. September 2014 ist somit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin bis am 11. Mai 2011 in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt war, ab diesem Zeitpunkt noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestand und seit April 2014 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zumutbar ist. 4. 5

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin zwei Berichte der C.____ vom 5. April 2016 (Urk. 14) und 9. Mai 2016 (Urk. 11) über einen stationären Aufenthalt vom 17. März 2016 bis 5. April 2016 nach. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass der Erlass der angefochtenen Verfügung die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. etwa BGE 129 V 356 E. 1, 129 V 169 E. 1, 129 V 4 E. 1.2, je mit Hinweisen), und bloss diejenigen tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen sind, die sich bis zu jenem Zeitpunkt ereignet haben, weshalb diese Berichte im vorliegenden Verfahren von vornherein unbeachtlich sind. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ermittelte den Invaliditätsgrad in Anwendung der gemischten Methode, wobei sie gestützt auf die in den Jahren 2008 und 2009 gearbeiteten Stunden ein durchschnittliches Jahrespensum von 94 % ermittelte (vgl. Abklärungsbericht vom 8. Februar 2012, Urk. 8/37/3) und davon ausging, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin zu diesem Pensum erwerbstätig sowie die restlichen 6 % im Haushaltsbereich tätig gewesen wäre (Urk. 2). Dies ist nicht zu beanstanden

und wurde denn auch nicht bemängelt . 5.2 5.2.1

Im Erwerbsbereich ist der Invaliditätsgrad durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln (E. 1.3.1). 5.2.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Ermittlung des Valideneinkommen s

auf die Angaben im Arbeitgeberbericht vom 21. September 2010, wonach der Stundenlohn seit Januar 2009 Fr. 23.-- betrug (inkl. 13. Monatslohn, exkl. Ferien- und Feiertagsentschädigungen) und sich die Normalarbeitszeit im Betrieb auf

41 Stunden/Woche belief (Urk. 8/20/4) . Sie ermittelte so ein Valideneinkommen von Fr. 46'093.85 (Fr. 23.-- x 41 Stunden x 52 Wochen, davon 94 %) respektive unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2011 ein Valideneinkommen von Fr. 47'113.50 (Urk. 8/42). Dies gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. 5.2.3

Dass die Beschwerdegegnerin zur Bemessung des Invalideneinkommens das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 4'225.-- für weibliche Hilfskräfte gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2010, Total in der Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Frauen) heranzog, ist ebenfalls nicht zu beanstanden . Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2011

ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 26'718.-- bei einem 50%-Pensum (Fr. 4'225.-- : 40 x 41,7 x 12, 1,011 ; davon 50 %) respektive ein Invalideneinkommen von Fr. 37'405.-- bei einem 70%-Pensum (Fr. 4'225.-- : 40 x 41,7 x 12 x 1,011; davon 70 %) . Dass die Beschwerdegegnerin keinen leistungsbedingten Abzug vorgenommen hat, ist nicht zu beanstanden. 5.2.4

Bei solchermassen ermittelten Vergleichseinkommen resultiert im Erwerbsbereich somit nach Ablauf des Wartjahres im Februar 2011 eine Einbusse von 43,3 % (Valideneinkommen = Fr. 47'113.50 , Invalideneinkommen = Fr. 26'718.--), was unter Berücksichtigung eines Anteils von 94 % am gesamten Pensum einen Teilinvaliditätsgrad von 40,7 % ergibt. Ab dem 12. Mai 2011 resultiert eine Einbusse von 20,6 % (Valideneinkommen = Fr. 47'113.50 , Invalideneinkommen = Fr. 37'405.--), was unter Berücksichtigung eines Anteils von 94 % am gesamten Pensum einen Teilinvaliditätsgrad von 19,4 % ergibt. 5.3

Was die Einschränkungen im Haushaltsbereich betreffen, so ist ein Betätigungsvergleich vorzunehmen (E. 1.3.2). Hierzu wurde am 24. Januar 2012 eine Haushaltsabklärung durchgeführt (Bericht vom 8. Februar 2012, Urk. 8/37). Die Abklärungsperson ermittelte eine Einschränkung von 34,65 % beziehungsweise bei einem Anteil der Haushaltstätigkeit von 6 % (E. 5.1) einen Teilinvaliditätsgrad von 2,08 % (Urk. 8/37/5-7). Angesichts dessen, dass im Z.____-Gutachten festgehalten worden war, Haushaltstätigkeiten könne die Beschwerdeführerin bei freier Einteilbarkeit – abgesehen von schweren Arbeiten wie Möbel rücken – selber bewältigen (E. 3.1), erscheint es fraglich, ob auf diesen Abklärungsbericht abgestellt werden kann. Dies kann jedoch vorliegend offen bleiben, da es ohne Einfluss auf den Rentenanspruch bleibt :

Ab Februar 2011 ergibt sich unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Haushaltsbereich ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 43 % (Erwerb: 40,7 % , Haushalt: 2,08 %) und somit ein Anspruch auf eine Viertelsrente (E. 1.2). Dieser Anspruch würde bei einer Erwerbseinbusse von 40,7 % auch ohne Berücksichtigung einer

Einschränkung im Haushalt resultieren.

Ab dem 12. Mai 2011 ergibt sich unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Haushaltsbereich ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 23 % (Erwerb: 20,6 % , Haushalt: 2,08 %) und somit so oder anders kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr . 6.

Zusammengefasst hat damit die Beschwerdegegnerin zu Recht vom 1. Februar 2011 (Ablauf des Wartejahres, E. 1.2) bis am 31. August 2011 (drei Monate nach der Verbesserung, vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) eine befristete Viertelsrente zugesprochen und mit Wirkung ab dem 1. September 2011 einen Rentenanspruch verneint , was zur Abweisung der Beschwerde bezüglich Rente führt. 7. 7.1

Was den Eventualantrag der Beschwerdeführerin um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass

im verwaltungs - gericht lichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). 7.2

Der Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ergibt sich aus der angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. September 2015 (Urk. 2), mit welcher der Beschwerdeführerin eine befristete Rente zugesprochen wurde . Hinsichtlich beruflicher Massnahmen fehlt es demgegenüber am entsprechenden Streitgegenstand, so dass diesbezüglich auf die Beschwerde nicht eingetreten ist. 8 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden de

r Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage des Doppels von Urk. 13 sowie einer Kopie von Urk. 14 - 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, zuzu stellen.

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

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).

E. 9

1/31 ff.) und wurden in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten begründet (Z. ___ -Gutachten: Urk. 8/34/21 ff., 8/34/50 ff., 8/34/58 f., 8/34/64 f.; A. ___ -Gutachten: Urk. 8/91/16, 8/91/21 f., 8/91/30 f., 8/91/37 ff.).

E. 11

-13) . Inwiefern diese zwei Berichte zu einer anderen Beurteilung Anlass gegeben hätten , ist nicht ersichtlich. In diesen Berichten werden keine Fakten dargelegt , welche eine andere Einschätzung des medizinischen Sachverhaltes durch den Gutachter erfordert hätten (Urk. 8/108/10). Insbesondere ist diesbezüglich auch darauf hinzuweisen, dass die Ärzte der C. ___

bereits im Bericht vom 29. Juni 2012 dafürgehalten hatten,

dass unter Erhöhung der antidepressiven Medikation des Venlafaxin (Efexor) von vormals 150 mg auf 300 mg/d eine allmähliche Aufhellung der Stimmung bei der Patientin zu beobachten gewesen sei (Urk. 8/103/4) und sich aus dem Bericht derselben Klinik vom 5. Juni 2013 (nach weiterer stationärer Behandlung vom 29. August bis 10. Oktober 2012) schliesslich ergibt , dass unter der Medikation mit Venlafaxin keine depressiven Symptome mehr feststellbar waren (Urk. 8/69/3) . Dass es somit zwischen der Z. ___ -Begutachtung und der A. ___ -Begutachtung zu einer länger andauernden Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen sein sollte , trifft nicht zu. Diesbezüglich ist auch darauf hinzuweisen, dass psychosoziale Faktoren vorliegen, weshalb bereits deshalb nicht unbesehen auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte abgestellt werden kann. So wurde beispielsweise im oben genannten Bericht der C. ___ vom 29. Juni 2012 bei der Krankheitsentwicklung vermerkt, dass es zu einer Verschlimmerung der Problematik wegen Ablehnung der Invalidenrente gekommen sei (Urk. 8/103/2).

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