

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01161 vom 11. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01161

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01161 du 11 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01161 del 11 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960,

betrieb

zuletzt seit November 2009 bis zur Geschäftsaufgabe im April 2013 als Selbständigerwerbende den Imbiss Z.____ (vgl. Urk. 10/14 S. 2 Ziff. 2, Urk. 10/44).

Unter Hinweis auf seit dem 26. Juni 2012 bestehende somatische und psychische Beschwerden meldete sich die Versicherte am 21. Mai 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/5 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 20. Juni 2014 erstattet wurde (Urk. 10/57).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/69; Urk. 10/76, Urk. 10/82, Urk. 10/86) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Oktober 2015 einen Rentenanspruch (Urk. 10/94 = Urk. 2)

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). 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V

49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

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

E. 1.4

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. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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

E. 2

Die Versicherte erhob am 8. November 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Oktober 2015 (Urk. 2) und beantragte die Ausrichtung einer halben Invalidenrente (Urk. 1 S. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2015 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 18. Dezember 2015 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 11). Mit Replik vom 6. Februar 2016 (Urk. 13) reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht (Urk. 14) ein und die Beschwerdegegnerin verzichtete am 16. März 2016 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 16), was der Beschwerdeführerin am 21. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (vgl.

Urk.

17).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verweigerung eines Rentenanspruchs (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen seien gestützt auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu berechnen. Ein zusätzlicher Abzug sei nicht gerechtfertigt. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 %. Auf das Z.____-Gutachten könne abgestellt werden (S. 2 f.).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, sie habe sich als sehr arbeitswillige Person gezeigt. Aktuell arbeite sie zu 50 %. Sie leide an Depressionen, an einer Störung durch Alkohol und durch Sedativa und habe eine schwere Lebensgeschichte (S. 2). Auf das Z.____-Gutachten könne nicht ohne weiteres abgestellt werden, da die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu optimistisch ausgefallen sei. Sie habe drei ernsthafte Suizidversuche unternommen, leide an einer Depression und könne sicherlich nicht acht Stunden pro Tag arbeiten. Zudem leide sie auch an orthopädischen Funktionsstörungen und sei in ihrer körperlichen Belastbarkeit stark beeinträchtigt (S. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. klin. psych.

B.____ und lic. phil. C.____, Psychologin, D.____, stellten in ihrem Bericht vom 2. Juli 2013 (Urk. 10/29/5-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20), eine Störung durch Medikamente (ICD-10 F13.2), eine Störung durch Tabak (ICD-10 F17.2) sowie einen Status nach zwei Suizidversuchen (S. 1). Die Fachpersonen des D.____ führten aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 26. März 2013 bei ihnen in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 27. Juni 2013 erfolgt (Ziff. 1.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Inhaberin eines Gastronomiebetriebes habe vom 26. Juni 2012 bis 8. Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Vom 8. Januar 2013 bis heute sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Sie leide an Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und an der Tendenz zu schneller Erschöpfbarkeit. Die Stimmung sei depressiv und die Halswirbelsäulen (HWS)-Schmerzen strahlten bis in die Beine aus. Wegen dieser Beschwerden sei die Patientin zu 50 % arbeitsunfähig. Es seien keine schweren körperlichen Betätigungen und kein schweres Tragen und Stehen möglich. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie seit Januar 2013 zu 50 % arbeitsfähig (Ziff. 1.7). Eine langsame Steigerung bei passender Tätigkeit sei möglich (Ziff.

1.9). 3.2

Am 20. Juni 2014 erstatteten Dr. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 10/57/1-39). Sie stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34 f. Ziff. 7): - chronisches zervikovertebragenes Schmerzsyndrom mit reaktiven Tendo myosen sowie Spannungskopfschmerzinduktion bei - Status nach C6/7-Fraktur am 26. Juni 2012 ohne morphologische Alterationen ausgeheilt - hochgradiger Haltungsinsuffizienz sowie Fehlstatik mit muskulärer Insuffizienz und Dysbalance - geringgradigen degenerativen Veränderungen an den Wirbelgelenken - initiale Coxarthrose beidseits - chronisches lumbovertebragenes Schmerzsyndrom mit aktivierter lumbosakraler Facettenarthrose und perisakraler Ligamentopathie bei - muskulärer Dysbalance und Insuffizienz - Skoliose und Hyperlordose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE

141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen ein koinzident entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen

Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BG E 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgeglichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 5.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2013, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Gemäss ihren Angaben anlässlich des Standortgespräches arbeitete die Beschwerdeführerin zuletzt von November 2009 bis April 2013 als Selbständigerwerbende zu 100 % in ihrem Imbiss-Restaurant. Den Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie pro Jahr Fr. 110'000.-- eingenommen habe und der Imbiss sehr gut gelaufen sei (vgl. Urk. 10/14 S. 2 Ziff. 2), stehen einerseits die Buchungen im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 10/62) von jeweils Fr. 8'991.-- im Jahr 2009 und im Jahr 2010 entgegen, andererseits die zahlreichen Betreibungen seit Mai 2011 (vgl. Urk. 8/3). Gemäss den eingereichten Erfolgsrechnungen (vgl. Urk. 10/44) erzielte sie im Jahr 2010 einen Bruttolohn von Fr. 13'862.50, das Jahr 2011 liegt nicht vor, und hinsichtlich der Angaben im Jahr 2012 führte die Beschwerdeführerin selbst aus, sie wisse nicht, ob das so stimme. Da sich das Valideneinkommen damit nicht verlässlich berechnen lässt, ist es vorliegend gerechtfertigt, zur Bestimmung des Valideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen.

Hinsichtlich der bislang ausgeübten Tätigkeiten im eigenen Imbiss ist damit gemäss LSE als Ausgangslage für die Berechnung des Valideneinkommens von einem Lohn für Frauen im Gastgewerbe für praktische Tätigkeiten ohne Spezialwissen erzielten Einkommen von Fr. 4'044.-- pro Monat auszugehen (LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Ziff. 55-56, Niveau 2).

Da die Beschwerdeführerin mit dem seit 1. September 2013 als Verkäuferin bei „Q.____ AG“, ausgeübten Pensum von 50 % (vgl. Urk. 10/41), das ihr zumutbare Pensum von 100 % in behinderungsangepasster Tätigkeit nicht ausschöpft, ist auch hinsichtlich des Invalideneinkommens von den Tabellenlöhnen auszugehen.

Infolge dessen, dass ihr sämtliche angepassten leichten Tätigkeiten weiter zumutbar sind, ist von einem Lohn von Fr. 4'112.-- entsprechend dem standardisierten Durchschnittslohn für Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Niveau 1). Da damit das mögliche Invalideneinkommen mit Fr. 4'112.-- im Ausgangswert der Berechnung bereits höher ist als das Valideneinkommen von Fr. 4'044.--, erübrigen sich weitere Berechnungen. Der Invaliditätsgrad liegt bei 0 % und die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 5.3

Aufgrund des Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

E. 10

F10.20), Störungen durch Sedativa und Hypnotika (Benzodiazepine), gegenwärtig ärztlich verordneter Substanzgebrauch (ICD-10 F13.24), eine stern oclaviculare Subluxation rechts, einen Hallux valgus rechts, eine Kardiopathie unklarer Ätiologie bei Status nach Pulmonalis-Isolation bei Vorhofflimmern 2006, PAVK I bis II untere Extremität links, eine Hyperlipidämie, eine chronische Bronchitis bei Nikotinabusus und einen Verdacht auf eine periphere Neu ropathie, Differenzialdiagnose: postäthylisch (S. 35 Ziff. 8).

Die Gutachter führten aus, eine Tätigkeit als Verkäuferin könne weiterhin voll schichtig ausgeübt werden. Diese Einschätzung treffe spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung zu. Die Einschätzung für die zurückliegende Zeit sei nicht ausreichend fundiert möglich. Die aktuell e Tätigkeit sei entsprechend den Angaben der Versicherten als leicht einzustufen (S. 37 Ziff. 10). Aus orthopädi scher Sicht könnten leichte Tätigkeiten vollschichtig und mittelschwere Tätigkeiten kurzfristig im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen durchgeführt werden, unter Vermeidung von Arbeiten mit häufigem Bücken, Heben

und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm Gewicht sowie Zwangshaltungen. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr (S.

37 Ziff.

E. 11

).

Auf orthopädischem Fachgebiet seien die Symptome seitens der linken Hüfte in den Vordergrund gestellt worden. Die Funktion der Hüftgelenke sei regelrecht. Es handle sich hier um eine initiale Coxarthrose beidseits, links aktiviert bei reaktiver Trochanterdynie links ausgeprägter als rechts. Weiter seien Nackenschmerzen als Folge eines Unfalls vom 26. Juni 2012 mit Wirbelkörperfrakturen C6/7 geschildert worden. Angegeben werde eine zervikocephale Komponente (Spannungskopfschmerz) sowie ein zervikobrachialer Anteil. Es ergebe sich eine regelrechte Beweglichkeit der HWS mit tendomyotischen Symptomen in der Schulter- und Nackenregion bei hochgradiger Haltungsinsuffizienz. Hinweise auf radikuläre Reizerscheinungen oder Defizite fehlten. Die röntgenologisch fassbaren Alterationen seien minim. Auch an der Lendenwirbelsäule (LWS) fänden sich überwiegend fehlfunktionell und fehlstatisch bedingte Funktionsstörungen mit geringgradigen degenerativen Veränderungen. Die gesamte Wirbelsäulensymptomatik wäre durch eine entsprechende muskuläre Konditionierung positiv richtungsweisend beeinflussbar (S. 35 f. Ziff. 9). Die Versicherte habe über eine vermehrte Ermüdbarkeit und eine längere Erholungszeit nach Arbeitseinsätzen geklagt. In der Untersuchung habe sich eine psychisch weitgehend unauffällige Versicherte präsentiert, bei der insbesondere kein Hinweis auf eine manifeste depressive Episode habe festgestellt werden können. Die Versicherte sei sowohl in ihren Affekten, wie auch in ihrem Antrieb und in ihren psychovegetativen Funktionen nicht beeinträchtigt (S. 36 Mitte). Im Moment zeige sich lediglich eine leichte depressive Reaktion auf eine schwierige psychosoziale Situation aufgrund der strafrechtlichen Massnahmen, denen sie ausgesetzt sei und des finanziellen Ruins, nachdem der Treuhänder ihres Betriebes ihr ganzes Geld veruntreut habe. Dies führe sicherlich zu einer grossen psychosozialen Belastung der Versicherten, eine eigentliche psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Insbesondere seien auch die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt (S. 36 unten).

Im Bericht des D.____ werde ursächlich für die 50%ige Arbeitsunfähigkeit eine somatoforme Schmerzstörung und eine mittelschwere depressive Episode erwähnt, wobei allerdings von einer allmählichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde. Diese erwähnten Diagnosen hätten anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht gestellt werden können (S. 32 f. Ziff. 4.3.6). 3.3

Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 (Urk. 10/68/4) aus, wie im Gutachten ausgeführt, könne jede leichte Tätigkeit vollschichtig ausgeübt werden. Mittelschwere Tätigkeiten kurzfristig, mit Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen. Häufiges Bücken und Heben sowie das Tragen von Lasten über 10 kg und Zwangshaltungen der Wirbelsäule sollten vermieden werden. Dieses Profil könne seit Januar 2013 gelten. Zuvor, seit dem Unfall vom 26. Juni 2012, sei keine Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Somit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin gewisse Arbeiten in ihrem Imbiss-Restaurant nicht ausüben könne, sondern nur noch leichte Arbeiten. So könne sie schwere Harasse nicht mehr tragen oder verschieben. Das Servieren von Menüs, welche nicht mehr

als 10 kg wögen und wo sie nicht andauernd in gebückter Haltung hantieren müsse, gehe. Beim Kochen sei eine gewisse Einschränkung anzunehmen, da dies eventuell mit Belastungen über 10 kg und mit gewisser Zwangshaltung verbunden sei. Putzarbeiten seien teil weise ausübbar. 3.4

Dr. A.____ und Dr. B.____, D.____, übten in ihrem Bericht vom 26. Januar 2015 (Urk. 10/75) am psychiatrischen Teil des Z.____-Gutachtens von Dr. G.____ Kritik. Sie stellten folgende Diagnosen (S. 3 Ziff. 10): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20), Status nach Führerausweisentzug in angetrunkenem Zustand im Jahr 2012 - Störung durch Medikamente (ICD-10 F13.2) - Störung durch Tabak (ICD-10 F17.2) - Status nach drei Suizidversuchen 2006, 2012 und 2014

- Hüftschmerzen beidseits mit/bei - verminderter ventraler Offset des Femurkopfes gegenüber dem Schenkelhals und zudem leicht- bis mittelgradige Coxarthrose beidseits mit diskreten Aktivierungszeichen links. Minimal Flüssigkeit in der Gelenkkapsel rechts und kleines caudales Ganglion links. Degenerative Veränderungen des Labrum acetabulare beidseits. Minimal Flüssigkeit in der Bursa trochanterica beidseits (MRI 27. Januar 2014 MRI Hüfte beidseits) - Bursitis trochanterica beidseits (S.-Klinik 20. Juni 2014) - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei - Verdacht auf Radikulopathie L5 (S.____ Klinik 20. Juni 2014) - cervikozephalisches Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach undislozierter Rippenserienfraktur III-VI anterior wegen absichtlich herbeigeführtem Autounfall am 24. Juni 2012 - alte Rippenfrakturen VI-VII links (KSW 26. Juni 2012) - Status nach Fraktur C6/7 (S.____ Klinik 20. Juni 2014) - mässiggradige Femoropatellar-Arthrose (Radiologie am Graben 28. August 2012) - Schmerzen in beiden Händen mit/bei - beginnender Heberdenarthrose, insbesondere Dig III rechts - Status nach Riesenzellentumorexzision Zeigefinger rechts und Lipomexzision Vorderarm rechts, 1 Juni 2007 (Dr. med. I.____ 21. Mai 2012)

Die Fachpersonen des D.____ führten aus, die Patientin sei subjektiv zu 50 % arbeitsunfähig. Sie sei mit der 50%igen Arbeitstätigkeit im Verkauf am Limit. Das positive Leistungsbild sei das Folgende: Der Haushalt könne mit Hilfe bewältigt werden, kein Autofahren wegen Führerausweisentzug in angetrunkenem Zustand. Das negative Leistungsbild laute wie folgt: keine längeren, schwereren Arbeiten, keine längeren einseitigen Tätigkeiten. Eine objektivere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe, dass die Patientin für angepasste Tätigkeiten (im Moment Verkauf) zu 50 % arbeitsfähig sei, dies aufgrund der Diagnosen, aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes, der neuropsychologisch bestätigten Depression sowie der weiteren Diagnosen. Insgesamt sei das Gutachten nicht nachvollziehbar, oberflächlich, entspreche nicht einer sorgfältigen Befundaufnahme und einer psychopathologischen Einschätzung und sei zudem fehlerhaft (S. 4 Ziff. 11).

Im Gutachten fänden sich viele Fehler und die Beschwerden seien oberflächlich aufgenommen worden. So treffe es unter anderem nicht zu, dass der Vater gesund sei. Auch falsch sei, dass die Schwester drei Kinder habe und davon eines adoptiert sei. Richtig sei, dass der Bruder ein Kind adoptiert habe. Der Schlaf sei nicht wie behauptet gelegentlich, sondern immer schlecht. Auch sei die Bürostelle in J.____ nicht wie behauptet eine 100%-Stelle, sondern eine 80%-Stelle gewesen. Auch sei falsch, dass sie das Restaurant mit einer Kollegin geführt habe. Sie habe es vielmehr alleine geführt. Falsch sei auch, dass ihr die Arbeit keine Mühe bereiten würde. So habe sie nach acht Stunden Stehen Schmerzen in

beiden Beinen, in der linken Hüfte und in der LWS (S. 2 Ziff. 4-5). Die ICD-10 Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, seien vollständig erfüllt (S. 2 Ziff. 6).

Zudem fehle im Gutachten ein Tagesablauf , was die Diagnosen nicht nachvollziehbar mache. So stehe die Beschwerdeführerin um 5 Uhr auf, erledige die Toilette und es folge das Morgenessen. Im Anschluss gehe sie spazieren und dann folge das Mittagessen. Danach beginne um 14 Uhr die Arbeit, welche bis 22.15 dauere und danach folge die Bettruhe, wobei der Durchschlaf 5 Stunden betrage wegen der Schmerzen. Die Beschwerdeführerin stehe auf und es erfolge ein erneuter Versuch zu schlafen (S. 3 Ziff. 7).

Auch ein neuropsychologisches Screening fehle im Gutachten . Fremdbeurteilt durch das K.____ 2014 sei die Depression mittelgradig (HAMD=19), was auch dem klinischen Eindruck entspreche (S. 3 Ziff. 8). Zudem entspreche der psychopathologische Befund nicht dem AMDP-System (S. 3 Ziff. 9). 3.5

Am 28. Mai 2015 nahm Dr. G.____, Z.____, zu der Kritik der Fachpersonen des D.____ vom 26. Januar 2015 Stellung (Urk. 10/80). Sie führte aus, dass die anamnestischen Angaben sich ganz auf die Angaben der Versicherten gestützt hätten. Wenn hier verschiedene Feststellungen bezüglich des Arbeitspensums oder der Führung des Restaurants gemacht worden seien, dann müssten sie als inkohärente Aussagen der Versicherten gewertet werden. Es gebe von Seiten der Gutachterin keine Motivation, diesbezüglich falsche Angaben zu machen, die im Übrigen für die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit irrelevant seien (S. 2 oben).

Wenn die Beschwerdeführerin trotz mehrfachem Nachfragen keine weiteren Beschwerden angebe, könnten diese auch nicht beschrieben werden. Es stimme, dass sich generell aus subjektiven Beschwerden keine Diagnosen herleiten liessen. Deshalb habe ja zum Beispiel eine depressive Erkrankung oder eine somatoforme Schmerzstörung, wie vom D.____ festgestellt, nicht diagnostiziert werden können. Die genaue Art der Schmerzen der Versicherten seien im orthopädischen Teilstatus sehr differenziert erhoben worden. Sie seien für die psychiatrische Diagnose weitgehend irrelevant. Die durch das D.____ erhobenen Befunde hätten nicht erhoben werden können, da die Versicherte auf Nachfragen weder eine Antriebsstörung, noch eine Anhedonie, noch Schlafstörungen oder einen sozialen Rückzug sowie andere Symptome einer depressiven Erkrankung angegeben habe (S. 2 Mitte).

Der Tagesablauf der Versicherten sei in der allgemeinen Einführung des Gutachtens ausführlich erhoben (S. 2 unten).

Ob eine neuropsychologische Untersuchung in einem Versicherungsfall notwendig sei, hänge von den zuvor erhobenen Befunden ab. Bei der Versicherten hätten sich weder anamnestisch noch in der klinischen Untersuchung Hinweise auf eine neuropsychologische Beeinträchtigung ergeben, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Ein Hamilton-Depressions-Index gehöre ihrerseits nicht zur neuropsychologischen Untersuchung, sondern sei Teil einer psychiatrischen Beurteilung, sofern sich eine depressive Erkrankung aus der klinischen Untersuchung ergebe (S. 3 oben). Selbstverständlich sei der psychopathologische Befund nach dem AMDP-System erhoben worden. Der Unterschied zu der Klinik L.____ bestehe darin, dass diese ausführlich alle Items aufgezählt habe, auch wenn diese keinen Befund ergeben hätten (S. 3 Mitte).

Die diagnostizierte rezidivierende Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, habe sich ganz auf den Hamilton-Depressions-Index von 19 und die Beschreibung der konstant vorhandenen Schmerzen im Psychostatus gestützt. Dr. G.____ führte aus, in der Tat divergent seien die Hinweise auf die vier Suizidversuche. Die Versicherte habe in ihrer Untersuchung lediglich von einem Suizidversuch im Jahr 2006 in alkoholisiertem Zustand berichtet und Fragen nach Suizidalität negativ beantwortet. Es irritiere zudem, dass, falls eine mittel gradige depressive Störung angenommen werde, keinerlei Antidepressiva verordnet worden seien. Die einzige Medikation, die die Versicherte einnehme, seien Benzodiazepine (S. 4 Mitte).

Anlässlich ihrer klinischen Untersuchung habe sie die im ICD-10 geforderten Symptome einer depressiven Episode nicht gefunden. Insbesondere werde im ICD-10 ebenfalls erwähnt, dass ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen könne (S. 4 unten). Auch die von Dr. A.____ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung, werde nicht psychopathologisch unterlegt (S. 5 oben).

Dr. G.____ führte aus, bei der psychischen Funktionsfähigkeit der Versicherten könne festgehalten werden, dass die Anpassung an Regeln und Routinen vollständig erhalten sei. Die Versicherte arbeite an drei Tagen pro Woche acht Stunden. Sie sei in der Lage, pünktlich zur Arbeit zu erscheinen und die Anforderungen zu erfüllen. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben sei ebenfalls nicht beeinträchtigt, auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei vollständig erhalten. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei nicht beeinträchtigt, auch die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit müsse als vollständig erhalten angenommen werden (S. 5 Mitte). Subjektiv sei die Durchhaltefähigkeit der einzige Punkt, bei welchem sich die Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchung mittelgradig beeinträchtigt fühle. Sie habe angegeben, dass sie nach jeweils achtstündiger Arbeit vermehrte Erholung brauche, und dass sie sich nicht vorstellen könne, über dieses Pensum hinaus zu arbeiten. Dr. G.____ hielt fest, die weiteren Kriterien der psychischen Funktionsfähigkeit wie Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen, die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, zur Selbstpflege und die Verkehrsfähigkeit seien ihren Erachtens nicht beeinträchtigt (S. 5 unten). Im Übrigen sei nochmals auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch das D.____ selbst vom Juli 2013 hinzuweisen, in welcher erwähnt worden sei, dass eine allmählich Steigerung der Arbeitsfähigkeit über die aktuellen 50 % hinaus ins Auge gefasst werden könne (S. 6). 3.6

Dr. A.____ und Dr. B.____, D.____, nahmen in ihrem Bericht vom 10. Juni 2015 erneut Stellung (Urk. 10/83). Sie führten aus, es sei unbedeutend, ob im psychiatrischen oder in anderen Teilen des Gutachtens Fehler bestünden. Solche seien Fehler in den Schlussfolgerungen und zeigten die Oberflächlichkeit der Gutachter in diesem Falle auf (S. 1 Ziff. 1). Es sei ebenfalls falsch, dass Fehler in den Aussagen als inkohärente Aussagen der Versicherten gewertet werden müssten. Sie kritisierten seit Jahren die Schludrigkeit der Gutachter, verständlich einerseits durch die Kürze der Untersuchungen (S. 1 Ziff. 2).

Die sogenannten subjektiven Angaben der Versicherten seien zweifelsfrei keine Grundlage für eine Beurteilung. Ob hingegen ein kurzer psychopathologischer Befund (gemäss der Patientin habe die Untersuchung bei Dr. G.____ nicht länger als 45 Minuten gedauert), wie bereits kritisiert, nicht nach dem AMPD-System sowie eine kurze Beschwerdeaufnahme der seit dem 26. März 2013 für bisher 71 Sitzungen gemachten Erfahrungen mit der Patientin

in der Objektivität überlegen sei, sei mehr als zweifelhaft. Es sei auch keine Rücksprache mit den Behandlern vorgenommen worden. Die aufgeführten und vorhandenen Symptome seien nach und nach während der Therapie festgestellt worden und könnten nicht einfach wegdiskutiert werden (S. 1 Ziff. 3).

Die Behauptung, dass die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode auf dem Hamilton-Score basiere, sei völlig haltlos. Es seien bisher 71 Sitzungen durchgeführt worden (S. 2 Ziff. 4). Dass die Patientin - entgegen der Vermutung von Dr. G.____ - erhebliche Schwierigkeiten habe, die sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten fortzusetzen, sei bei genauer Nachfrage der Fall: die sozialen Interaktionen seien zwar noch intakt, der Alltag könne aber kaum mehr bewältigt werden. Die Patientin könne wegen Lust- und Interessenlosigkeit den Haushalt nur noch knapp und sehr verlangsamt und mit Hilfe machen. Sie habe wegen der Depression und den Schmerzen grosse Mühe, das Pensum von 50 % im Verkauf (ohne Heben) aufrecht zu erhalten (S. 2 Ziff. 5).

Neben der Depression sei klar eine Schmerzverarbeitungsstörung vorhanden, welche immer wieder, aber nicht ausschliesslich, im Rahmen einer inkompletten Selbstheilung als bereits früher etablierte „Bewältigungsstrategie“ von psychischen Schwierigkeiten bedingt durch die schwierige Partnerschaft eingesetzt werde. Die Patientin habe durch die Schmerzen erhebliche Nachteile in ihrem Leben und das Ausmass der Beeinträchtigung sei durch das somatische Korrelat nicht erklärt. Gleichzeitig bestehe auch ein massiver Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit (Sozialamt), was die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung rechtfertige. Insgesamt sei das Gutachten nicht nachvollziehbar und fehlerhaft (S. 2 Ziff. 6). 3.7

Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. N.____, Facharzt für Anästhesiologie, Dr. med. O.____, Facharzt für Physikalische Therapie und Rheumatologie, med. pract. P.____, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, und Dr. B.____, vom K.____, stellten in ihrem Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 24. Juli 2015 (Urk. 10/85) abgesehen von einem Status nach anstatt drei nun zwei Suizidversuchen 2006 und erneut 2014 und vom Weglassen der zuvor diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) die gleichen Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 16. Januar 2015 (vgl. vorstehend E. 3.4). Sie führten aus, aus ihrer objektiveren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit heraus bestehe im Beruf als Verkäuferin oder Sachbearbeiterin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführerin sei keine Arbeit über 50 % zuzumuten. Es bestehe auch für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 5 unten).

Aus psychiatrischer Sicht sei sie aus subjektiver Sicht zu 50 % arbeitsunfähig. Das positive Leistungsbild laute wie folgt: Die 50%ige leichte Arbeitstätigkeit im Verkauf ohne Heben sei knapp machbar. Der Haushalt sei ohne schwere Arbeiten machbar. Schwere Einkäufe würden durch den Partner oder den Sohn erledigt. Das negative Leistungsbild sei das Folgende: Keine schweren Arbeiten, keine längeren, einseitigen Tätigkeiten, Schwierigkeiten, die 50 % im Verkauf zu stehen, kein Autofahren. Psychiatrisch bestünden kognitive Defizite und neuropsychologisch bestehe eine Depression (S. 5 Mitte). Aus psychosomatischer Sicht bestehe die 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2013. Im Juli 2015 sei eine Totalprothese der linken Hüfte vorgesehen, weshalb kein Rehabilitationspotenzial über 50 % ersichtlich sei (S. 6 oben).

Aus anästhesiologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aus schmerztherapeutischer Sicht zu 50 % arbeitsunfähig. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht erscheine eine Reduktion der Arbeitszeit im Verkauf angezeigt und sei sicher einer Operation vorzuziehen. Inwieweit alternative Tätigkeiten, welche häufigeres Sitzen ermöglichen würden, eher zumutbar wären, könnte nur entschieden werden, wenn die bildgebenden Befunde an der HWS bekannt wären. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 5 Mitte).

Zu den durchgeführten Behandlungen nannten die Fachpersonen des K. ___ als durchgeführte psychosomatische Interventionen zwei bis drei Stunden Spazieren mit Pausen, Yoga und ein wenig Fahrradfahren. Aus somatisch anästhesiologischer Sicht wäre die Analgesie nach dem WHO-Stufenschema versuchsweise mit schwachen Opioiden zu ergänzen. Aus somatisch orthopädisch-chirurgischer Sicht kenne die Patientin Linderungsmöglichkeiten wenn sie Nackenschmerzen habe. Da im MRI keine schwere Hüftpathologie nachweisbar gewesen sei, sei von chirurgischen Massnahmen abzuraten (S. 4 unten). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Einschätzung der Gutachter des Z. ___ vom Juni 2014 (vgl. vorstehend E. 3.2) und die ergänzende Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin Dr. G. ___ vom Mai 2015 (vgl. vorstehend E. 3.5) sowie gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. H. ___ vom Oktober 2014 (vgl. vorstehend E. 3.3) von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten, jedoch von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit Januar 2013 aus (vgl. vorstehend E. 2.1, vgl. Urk. 10/68 und Urk. 10/93). 4.2

Das Z. ___ -Gutachten vom Juni 2014, ergänzt durch die Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin Dr. G. ___ vom Mai 2015, erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.5) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, so dass darauf abgestellt werden kann.

Nicht zu überzeugen vermögen dagegen die Einschätzungen der Fachpersonen des D. ___ respektive K. ___ (vgl. vorstehend E. 3.1, E. 3.4, E. 3.6-7). Abgesehen davon, dass sie in ihrer am psychiatrischen Gutachten von Dr. G. ___ im Januar 2015 geübten Kritik (vgl. vorstehend E. 3.4) hinsichtlich allfälliger Fehler in der Anamneseerhebung durch die Z. ___ -Gutachter lediglich irrelevante Punkte vorbrachten, nahmen sie bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine Vermischung von somatischen und psychiatrischen Beschwerden vor, und die Befundaufnahme entspricht wortwörtlich jener von ihrem Bericht vom Juli 2013 (vgl. vorstehend E. 3.1), in welchem sie grundsätzlich von einer möglichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit über 50 % ausgingen. Wie Dr. G. ___ in ihrer Stellungnahme vom Mai 2015 bemerkte, enthält das Z. ___ -Gutachten vom Juni 2014 Ausführungen zur Tagesstruktur (Urk. 10/57 S. 9). Wo die Fachpersonen des D. ___ einen abgesehen von den Schlafstörungen und den Schmerzen unauffälligen aktiven Tagesablauf der Beschwerdeführerin wiedergaben, welcher im Wesentlichen demjenigen im

Z.____-Gutachten ent sprach, ist nicht ersichtlich, was sie damit aussagen, respektive welche Diagno sen sie daraus hergeleitet haben wollten. Gleiches gilt hinsichtlich des von den Fachpersonen des D.____ formulierten „positiven und negativen Leistungsbildes“. Im Rahmen des negativen Leistungsbildes führten sie aus, die Patientin dürfe keine längeren schweren Arbeiten und keine längeren einseitigen Tätigkeiten ausführen, was der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter des Z.____ entspricht. Zudem sprachen die Fachpersonen des D.____ in ihren Berichten vom Januar 2015 und vom Juli 2015 von einer subjektiven 50%igen Arbeits unfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.4 und E. 3.7). Dabei ist zu beachten, dass das Bundesgericht diesbezüglich festgehalten hat, dass medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichts notorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet , nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen seien (Urteil 9C_492/2014 E.3.7.1).

Hinsichtlich der Beurteilung der von den Fachpersonen des D.____ diagnostizier ten Depression kann auch nicht von einer Fremdbeurteilung gesprochen wer den, wenn die Beschwerdeführerin anstatt durch das D.____ durch das K.____ untersucht wurde, handelt es sich dabei doch um die gleiche Institution.

Obwohl Dr. G.____ in ihrer Stellungnahme vom Mai 2015 darauf hinwies, dass die von den Fachpersonen des D.____ diagnostizierte somatoforme Schmerz störung (ICD-10 F 45.4) nicht psychopathologisch unterlegt worden sei, kamen sie dieser Anforderung auch in ihrem Folgebericht vom Juni 2015 (vgl. vor stehend E. 3.6) nicht genügend nach, und liessen die Diagnose in ihrem Bericht vom Juli 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7) schliesslich ganz weg.

Fraglich ist auch - wie Dr. G.____ zu Recht bemerkte - weshalb die Fach perso nen des D.____, wenn sie denn von einer mittelgradigen depressiven Störung ausgingen, über den gesamten Zeitraum hinweg keine Antidepressiva verordneten. Weiter fraglich erscheint der Umstand, dass anscheinend, bei nicht zu verzeichnender Verbesserung und ungenügendem Erfolg nach angegebenen 71 Behandlungen, an dem Behandlungskonzept festhalten wird. In psychoso matischer Hinsicht wurde denn auch im Bericht vom Juli 2015 zu den durch geführten psychosomatischen Interventionen angegeben, die Beschwerdeführe rin spaziere zwei bis drei Stunden mit Pausen, mache Yoga und fahre ein wenig Fahrrad.

Nicht nachvollziehbar ist weiter, weshalb im Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom Juli 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7) aus psychiatrischer Sicht ausgeführt wurde, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % sei wegen der vorgesehenen Totalprothese der linken Hüfte im Juli 2015 nicht ersichtlich, während gleichzeitig im Bericht aus orthopädisch-chirurgischer Sicht von chirurgischen Massnahmen abgeraten wurde, da im MRI keine schwere Hüftpathologie nachweisbar gewesen sei .

Hinsichtlich der von den Fachpersonen des D.____ im Juni 2015 vorgebrachten Kritik betreffend die Dauer der psychiatrischen Untersuchungen (vgl. vorstehend E. 3.6) ist zu beachten, dass es rechtsprehun gsgemäss keine verbindliche Min destdauer für eine psychiatrische Exploration gibt, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Auf wand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts

8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2).

Betreffend den Bericht des D.____ vom 18. Januar 2016 (Urk. 14), wo aktuelle neuropsychologische Testergebnisse widergegeben wurden, ist auszuführen, dass einerseits im vorliegenden Verfahren lediglich der Gesundheitszustand bis zum Verfügungserlass im Oktober 2015 (Urk. 2) zu beurteilen ist und sich andererseits aus dem Bericht keine verlässlichen Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ziehen lassen.

Gesamthaft vermögen die Berichte und Stellungnahmen des D.____ respektive K.____ demnach keine Zweifel am Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens des Z.____ zu wecken. 4.3

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit nur noch eingeschränkt arbeitsfähig ist. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit besteht jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. 5.

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