

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01257 vom 30. August 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01257](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01257)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01257 du 30 août 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01257 del 30 agosto 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die 1959 geborene X.\_\_\_\_

arbeitete zuletzt als Produktionsmitarbeiterin bei der Y.\_\_\_\_ AG (Urk. 15 /20). Diese Anstellung wurde ihr per Ende April 2012 aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (Urk. 15/34/1). Am 6. Juni 2011 hatte sie sich wegen Arthrose an den Hüftgelenken und verspannter Rücken muskulatur mit starken Schmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 15 /11). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nach folgend: IV-Stelle), klärte die erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse ab. Unter anderem holte sie die Berichte der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin des Z.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2011 über den stationären Aufenthalt vom 23. Mai bis 17. Juni 2011 (Urk. 15 /19/6-7) und über das vom 2. August bis 7. September 2011 durchgeführte Arbeitsassessment ( Bericht vom 8 . September 2011, Urk. 1

### **E. 1.2**

Die IV-Stelle holte in der Folge den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. März 2014 ein (Urk. 15/76/1-3), der unter anderem den Austrittsbericht vom 15. April 2013 der G.\_\_\_\_ , Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation , wo die Versicherte vom 29. November 2012 bis 5. April 2013 stationär behandelt worden war (Urk. 15/76/4-12), und den Bericht

des Spitals H.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2014 (Urk. 15/79 ) beilegte . Des Weiteren holte die IV-Stelle das MEDAS- Gutachten der

I.\_\_\_\_

vom 8. Juni 2016 (Urk. 15/95) ein .

Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 28. Juli 2015 die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 30 % an (Urk. 15/ 98 ). Die Versicherte erhob dagegen mit Schreiben vom 10. September 2015 (Urk. 15/106), ergänzt mit Schreiben vom 19. und 26. Oktober 2015 ( Urk. 15/111, Urk. 15/114) sowie unter Beilage der Berichte des E.\_\_\_\_ vom 28.

Juli 2015 (Urk. 15/109) und von Dr. med.

J.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie , vom 16. Oktober 2015 (Urk. 15/113) , Einwände. Mit Verfügung vom 2. November 2015 verneinte die IV-Stelle wie angekündigt einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 30 % (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 7. Dezember 2015 (Urk. 1), ergänzt mit Eingabe vom 11. Dezember 2015 (Urk. 5),

Be schwerde und beantragte, die Verfügung vom 2. November 2015 sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente ab dem 1. November 2011 auszurichten; eventualiter seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen und sie sei erneut interdisziplinär zu begutachten, wobei jedenfalls davon abzusehen sei, auf das interdisziplinäre Gutachten der I.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015 abzustellen. In prozessualer Hinsicht stellte die Beschwerdeführerin ausserdem das Gesuch, es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es sei ihr in der Person von Rechtsanwältin

Dr. B. Wyler eine unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Mit der Beschwerde

reichte die Beschwerdeführerin die Berichte des E.\_\_\_\_ vom 28. September 2015 (Urk. 3/2) und von Dr. F.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 (Urk. 6/4) ein. Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 18. Februar 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 14). Mit Verfügung vom 12. April 2016 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Dr. B. Wyler als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 16 S. 2).

In der Replik vom 21. Juni 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 19 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 29. Juni 2016 auf eine Duplik (Urk.

22).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Rahmen der IV-Revision 6a vorgenommenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiell rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 2. November 2015 (Urk. 2) ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechen den allgemeinen intertemporal rechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2011 auf die damals seit der 5. IV-Revision

( ab dem 1. Januar 2008; AS 2007 5129 ff. ) geltenden Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. zur

## **E. 5**

. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C\_829/2008 vom 23. Dezember 2008 E. 2.1 ). Im Folgenden werden die Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung zitiert . 2. 2.1

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 Bundesgesetz 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).

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

## 2.2

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

## 2.3

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 ausgeglichener 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).

3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei seit 2011 als Produktionsmitarbeiterin eingeschränkt. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltung, ohne dauerhafte Armvorhaltebelastung und Überkopfarbeiten bestehe eine medizinisch-theoretische

### **E. 5.3.1**

Wie sich aus diesen medizinischen Berichten ergibt, kamen die I.\_\_\_\_-Gutachter und namentlich der psychiatrische I.\_\_\_\_-Experte Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. das psychiatrische I.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 7. Februar 2015, Urk. 15/95/35-50),

nunmehr übereinstimmend mit den

behandelnden Ärzten und im Gegensatz noch zur Beurteilung von Dr.

C.\_\_\_\_ gemäss dessen psychiatrischen Gutachten vom 24. Februar 2012 (Urk. 15/37/11-16) zum Schluss, dass seit 2011 eine depressive Störung vorliege. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen der I.\_\_\_\_-Gutachter und insbesondere von Dr. Q.\_\_\_\_ zu den psychischen Beschwerden sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nachvollziehbar und umfassend begründet.

### **E. 5.3.2**

Dr. Q.\_\_\_\_

erhob bei seiner Begutachtung mittels Anamnese, Beobachtung, Befragung und Testung (Hamilton Depression Rating Scale [HAMD] und Montgomery Asberg Depression Scale [MADRS])

einen detaillierten

Psychostatus (Urk. 15/95/41-46)

und schloss nachvollziehbar daraus,

dass die Symptome im leichteren bis mittel schweren Ausprägungsbereich liegen würden. Auch die Ergebnisse der HAMD- und der MADRS-Testung würden die nach ICD-10 erfüllten Kriterien für eine depressive Episode mittelgradiger Ausprägung bestätigen, wenn auch das Ergebnis der MADRS-Scale nahe an der Grenze zur schwergradigen Ausprägung liege. Die Kriterien für die Zusatzdiagnose des somatischen Syndroms seien ebenfalls erfüllt (Urk. 15/95/48). Dr. Q.\_\_\_\_ berücksichtigte dabei bewusst differenziert nach objektiven und subjektiven Feststellungen unter anderem, dass bei der Beschwerdeführerin eine vorwiegend bedrückte Grundstimmung subjektiv ohne spontaner oder kontextbezogener

Auffhellbarkeit, mit Rat- und Hoffnungslosigkeit sowie pessimistischen Zukunftsgedanken und eine permanente Reizbarkeit beständen. Sie wirke während der Exploration indes nie affektlabil, weine nie. Subjektiv würden kognitive Störungen beklagt, in der Exploration, welche durch sehr viele Fragen in einer hohen Frequenz ohne Pause geprägt sei, sei dagegen kein Abfall der Aufmerksamkeit beobachtbar. Es scheine in mehreren Bereichen eine Verdichtungstendenz zu bestehen, insbesondere bei der Rechenaufgabe, bei der Schmetterlingsfigur und der Diadochokinese. Es würden subjektive Schwierigkeiten bestehen, die beruflichen Aktivitäten fortzusetzen. Ihre sozialen Aktivitäten seien ausgeprägt betroffen und die häuslichen Aktivitäten ebenfalls; alle Tätigkeiten würde sie nur noch passiv erledigen, indem die Initiative bei den Familienangehörigen liege (Urk. 15/95/47-48).

Dr. Q.\_\_\_\_ würdigte die geklagten Beschwerden und erhobenen Befunde angesichts dieser Feststellungen und der Testergebnisse sowie aufgrund der festgestellten ausgeprägten Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin mit Tendenz zu demonstrativem Verhalten an der Grenze zur Aggravation (Urk. 15/95/26) überzeugend. Ebenfalls nachvollziehbar stellten die I.\_\_\_\_ -Gutachter im Hauptgutachten

fest, dass in den diesbezüglich divergierenden Berichten der behandelnden Psychiater wie auch des E.\_\_\_\_ die Angaben der Beschwerdeführerin hinsichtlich Arbeitsfähigkeit dagegen übernommen worden seien, ohne diese auf ihre Plausibilität zu überprüfen (Urk. 15/95/24).

#### 5.4.5.4.1

Die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte vermögen die I.\_\_\_\_ -Einschätzung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2011 denn auch bezüglich der psychiatrischen Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. So hatten nicht nur Dr. Q.\_\_\_\_, sondern (bis im März 2012) auch die behandelnden Ärzte des D.\_\_\_\_ (Urk. 15/76/21, Urk. 15/38/5) und im Rahmen der stationären Behandlung vom 29. November 2012 bis am 5. April 2013 die Ärzte der G.\_\_\_\_

(Urk. 15/76/4) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt.

Auch Dr. F.\_\_\_\_ ging hauptsächlich von einer mittelgradigen und nur intermittierend von einer schweren depressiven Episode aus, letzteres jedoch ohne in seinen Berichten entsprechende gehäufte Befunde aufzuführen (Urk. 15/76/1-2, Urk. 15/76/17-18). Dr. Q.\_\_\_\_ erklärte in seinem Teilgutachten

dazu zutreffend, dass die von Dr. F.\_\_\_\_ attestierte hohe, nämlich 75%ige Arbeitsunfähigkeit nicht ausreichend begründet worden sei, sondern namentlich damit, dass die Beschwerdeführerin nicht alleine aus dem Haus könne. Insbesondere stehe die beschriebene Symptomatik im Gegensatz zu den nur monatlich stattfindenden Therapiestunden (Urk. 15/95/49). Dem ist beizupflichten.

Gemäss dem nach dem I.\_\_\_\_ -Gutachten erstellten Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 wurde die Sitzungshäufigkeit nunmehr auf einmal pro zwei Wochen erhöht. Aber auch in diesem Bericht, in welchem Dr. F.\_\_\_\_

eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und die Diagnose einer depressiven Episode schweren Grades (ICD-10 F32.2) festhielt, wurden

vor allem ausgeprägte Defizite in den sozialen Kompetenzen und der

- bereits bisher geklagten - Notwendigkeit von Begleitung unter anderem wegen einer Gebirgssteigung betont, ohne

das Vorliegen der bei einer schweren depressiven Störung geforderten gehäuft psychopathologischen Symptome schlüssig begründet aufzuzeigen

(Urk. 6/4). Im Übrigen wurde dieser Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 und der darin erwähnte HAMD- Kurzttest mit einem Score von angeblich 42 (von „heute“) in einem Zeitpunkt nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 2) erstellt, weshalb er ausserhalb des in diesem Verfahren massgeblichen Überprüfungszeitraumes fällt. Ob und mit welcher Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit damit eine Verschlechterung überwiegend wahrscheinlich sei, kann daher offen bleiben. 5.4.2

Die sodann von den Ärzten des E.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht vom 2. Juli 2012 gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) wurde aus psychosomatischer Sicht gestellt und ohne Beteiligung eines psychiatrischen Facharztes (Urk. 15/57/15-19).

Auch die in der

zunehmend von einem psychiatrischen Facharzt unterzeichneten Stellungnahme des E.\_\_\_\_ vom 28. September 2015 aufgeführte

Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2 ; Urk. 15/109/3 ) , überzeugt hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankung nicht. Denn wie med. pract . R.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) in der Stellungnahme vom 30. Oktober 2015 zutreffend feststellte (Urk. 15/115/2-3),

sind im aufgeführten psychopathologischen Befund die für eine schwere depressive Episode massgeblichen gehäuft Symptome und insbesondere eines der drei Kernsymptome „verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit“ nicht enthalten. Auch das Kernsymptom „Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren, wurde nicht aufgeführt. Gemäss ICD-10 müssen für die Diagnose einer schweren depressiven Episode (F32.2 respektive F33.2) diese beiden Symptome zusammen mit dem

Kernsymptom einer depressiven Stimmung ( in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend) sowie mindestens 5 weitere bestimmte Symptome vorliegen ( Dilling / Mombour /Schmidt/ Schulte-Markwort, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 5. Auflage, 2011, S. 111 ff.) . Dem Befund gemäss der E.\_\_\_\_ -Stellungnahme sind hingegen höchstens zwei der zusätzlichen Symptome, namentlich ein vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen und aufgrund der Beschreibung „in der emotionalen Kontaktaufnahme zurückhaltend, gehemmt“ , „motorisch unruhig“ das Symptom „psychomotorische Agilität oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)“ aufgeführt (Urk. 15/109/ 3 ) . Die Symptome werden zwar in der Liste des E.\_\_\_\_ der geklagten Beschwerden (Urk. 15/109/2) aufgeführt, jedoch lässt diese Aufzählung gerade die von den I.\_\_\_\_ -Gutachtern berücksichtigte und im Gutachten im Einzelnen auch beschriebene objektivierte Ansicht und Prüfung vermissen.

Sodann weist der Psychiater med. pract . R.\_\_\_\_ vom RAD zur Schwere der depressiven Störung nachvollziehbar darauf hin, dass das im Schreiben des E.\_\_\_\_ vom 28. September 2015 unter dem Titel „neuropsychologische Abklärungen“ aufgeführte Ergebnis des HAMD-Tests im Jahr 2012 von 24 Punkten (Urk. 15/109/2) auf eine mittel schwere Depression hinweise (Urk.15/115/2). Hinzu kommt, dass im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2012 unter dem Titel „Neuropsychologische Einschränkungen“ ebenfalls für das Jahr 2012 ein HAMD-Wert von lediglich 12 aufgeführt wurde (Urk. 15/57/17). Ausserdem führte med. pract . R.\_\_\_\_

stichhaltig aus, dass der im E.\_\_\_\_ zusätzlich verwendete Unsicherheitsfragebogen (UFB) die Selbsteinschätzungen der Probanden wiedergebe und es nicht nachvollziehbar sei, wie das E.\_\_\_\_ in den Jahren 2014 und 2015 auf 36 oder 37 Punkte (Urk. 15/109/3) im HAMD-Test gekommen sei. Eine derartig schwere Depression erfordere in der Regel eine stationäre Behandlung und die angegebenen Urlaube in S.\_\_\_\_

(vgl. I.\_\_\_\_ -Gutachten, Urk. 15/95/39), regelmässige Kontakte mit ihrer Tochter und den Verwandten des Mannes (vgl. I.\_\_\_\_ -Gutachten, Urk. 15/95/38) und wöchentliche Ergotherapie (vgl. I.\_\_\_\_ -Gutachten, Urk. 15/95/39) würden nicht dem Funktionsniveau einer schweren Depression entsprechen (Urk. 15/115/2). Dem ist zuzustimmen.

Des Weiteren vermögen auch die verschiedenen in der E.\_\_\_\_ -Stellungnahme vom 28. September 2015 beschriebenen Kritikpunkte (Urk. 15/109/2) die medizinische Schlussfolgerungen der I.\_\_\_\_ -Gutachter zu den psychischen Beschwerden nicht in Zweifel zu ziehen. Auch hierzu hat der med. pract . R.\_\_\_\_ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 30. Oktober 2015 zutreffend widersprochen, worauf im Einzelnen verwiesen wird (Urk. 9/115/2). Namentlich hat er zu Recht erklärt, dass unterschiedliche Schreibweisen der Namen, Ortsangaben und zum Einkommen die medizinische Aussage nicht beeinträchtigen und auch auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zurückgeführt werden können. Dass die Beschwerdeführerin entgegen der Aufzeichnung im psychiatrischen Teilgutachten unter dem Titel „Aktuelle Lebenssituation“, „Wohnen“ (Urk. 15/95/38) nicht allein in einer 4.5-Zimmerwohnung wohnt, war zudem auch dem psychiatrischen Gutachter bekannt, wie sich aus seiner Beurteilung ergibt (Urk. 15/95/16). Unter dem Titel „Aktuelle Lebenssituation“, „eigenen Familie“ (Urk. 15/95/38-39) und auch im Hauptgutachten (Urk.

15/95/13) wurde dieser Umstand zudem korrekt aufgeführt. Auch die Häufigkeit der Arztbesuche bei Dr. F.\_\_\_\_

hat der psychiatrische I.\_\_\_\_ -Gutachter in der Beurteilung schliesslich mit einmal im Monat richtig berücksichtigt (Urk. 15/95/49), auch wenn in der Anamnese alle zwei Monate notiert worden war (Urk. 15/95/39).

Nicht nachvollziehbar ist sodann die Behauptung in der E.\_\_\_\_ -Stellungnahme, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin im I.\_\_\_\_ -Gutachten nur oberflächlich aufgenommen worden seien (Urk. 15/109/2). Im Gegenteil wurde sowohl im psychiatrischen Teilgutachten als auch im Hauptgutachten eine ausführliche Anamnese unter Berücksichtigung der Beschwerdeschilderungen sowohl der aktuellen Beschwerden als auch im Verlauf umfassend aufgenommen (Urk. 15/95/12-13, Urk. 15/95/36-37), welche des Weiteren im Psycho - status weiter detailliert wurden (Urk. 15/95/41-46). An dieser Stelle ist des Weiteren festzuhalten, dass auch die Auswirkungen der von der Beschwerdeführerin geklagten Schlafstörung mit entsprechender Tagesmüdigkeit und

kognitiven Störungen entgegen ihrer Ansicht ( Urk. 1 S. 6 f. ), hinlänglich berücksichtigt wurde ( Urk. 15/95/95/48) und im Übrigen auch in die fachärztliche Beurteilung

mit der Feststellung einer depressiven Störung mit somatischem Syndrom und dem Erfordernis für zusätzliche Pausen vor allem wegen der ausgeprägten Ermüdbarkeit sowie wegen gewissen kognitiven Störungen (Urk. 15/95/49) ein geflossen ist.

Dass bei der psychiatrischen I.\_\_\_\_ -Begutachtung während zirka 2,5 Stunden viele Fragen gestellt und von der Beschwerdeführerin ohne Pause auch beantwortet wurden, diene gerade der Objektivierung der geklagten kognitiven Störungen und ist nicht zu beanstanden. Auch der daraus von Dr. Q.\_\_\_\_ gezogene Schluss, dass ein Abfall der Aufmerksamkeit nicht beobachtbar gewesen sei und eine Verdeutlichungstendenz bestehe (Urk. 15/95/43, Urk. 15/95/47-48), ist nachvollziehbar.

Schliesslich trifft die Feststellung im E.\_\_\_\_ -Bericht vom 28. September 2015 zwar zu, dass den I.\_\_\_\_ - Gutachtern kein Bericht des E.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2012 zu einer 8- wöchigen tagesklinischen Behandlung vorlag. Ein solcher Bericht befindet sich auch nicht in den Akten. Da dort indes die identischen Diagnosen gestellt worden seien, wie durch die Ärzte der G.\_\_\_\_

(Urk. 15/109/2 ) , mithin ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode (Urk. 15/76/4 ) , vermag dies

im Ergebnis nichts zu ändern.

#### 5. 5 5.5.1

Der Rüge der Beschwerdeführerin, die I.\_\_\_\_ -Gutachter hätten zu Unrecht keine anhaltende Schmerzstörung diagnostiziert (Urk. 1 S. 10 f. ), ist entgegenzuhalten, dass eine solche Diagnose auch von den Ärzten des D.\_\_\_\_

nicht gestellt wurde ( Urk. 15/57/15, Urk. 15/109 /3-4 ). Eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) wurde zwar von Dr. F.\_\_\_\_ ( Urk. 15/76/1, Urk. 6/4 S. 1) und von den Ärzten der G.\_\_\_\_

(Urk. 15/76/4) diagnostiziert . Eine nachvollziehbare Begründung oder Befundaufnahme zu dieser Diagnosestellung ist den Berichten dieser Ärzte indes nicht zu entnehmen. Allein das Vorliegen einer psychischen Überlagerung bei teilweise nicht objektivierbaren , generalisierten Schmerzen vermag diese Diagnose nicht zu begründen .

Denn gemäss ICD-10 tritt bei dieser Diagnose der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten ( Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, 2011, S. 233 ) . Solche ursächlichen Umstände sind in den ärztlichen Berichten nicht auszumachen. Zudem ist die Diagnose ICD-10 F45.4 nicht zu verwenden, wenn ein vermutlich psychogener Schmerz im Zusammenhang mit einer depressiven Störung auftritt ( Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, 2011, S. 233). Die I.\_\_\_\_ -Gutachter erklärten denn auch , dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem auf eine affektive Erkrankung zurückzuführen sei und dass sich zusätzlich Hinweise auf nicht-medizinische Faktoren in Form einer

ausgeprägten Krankheitsüberzeugung sowie eines demonstrativen Verhaltens an der Grenze zur Aggravation fänden, indes keine somatoforme Schmerzstörung vorliege (Urk. 15/95/26).

Dass Dr. Q. \_\_\_ dennoch zu den Försterkriterien Stellung genommen hat (Urk. 15/95/48), schadet der psychiatrischen und hernach interdisziplinären Einschätzung des Leistungsvermögens im Übrigen nicht. 5.5.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu somatoformen Schmerzstörungen und anderen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gemäss BGE 141 V 281 somit nicht massgeblich.

Aber auch

gemäss der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281

wäre nicht in jedem Fall eine weitere Begutachtung angezeigt. Denn danach verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, sofern eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren möglich ist, zumal auch eine punktuelle Ergänzung möglich sein kann (BGE 141 V 281 E. 8). Ausserdem gilt weiterhin, dass insbesondere bei Vorliegen eines solchen unklaren Beschwerdebildes eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich ist und medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Auch wären hierbei die geltend gemachten Funktionseinschränkungen zudem anhand einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung zu bestätigen oder zu verwerfen (BGE 142 V 106 E. 4.4). 5.5.3

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auch in psychischer Hinsicht auf das I. \_\_\_ -Gutachten abstellte. 6.

6.1

Insgesamt liegen somit keine Arztberichte vor, welche gegen die Zuverlässigkeit des I. \_\_\_ -Gutachtens vom 8. Juni 2015 (Urk. 15/95) sprechen. Somit ist mit der Beschwerdegegnerin gestützt auf das I. \_\_\_ -Gutachten von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bei ganztägiger Anwesenheit ab 2011 (Urk. 15/95/24-25) auszuweichen. 6.2

6.2.1

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab Januar 2011 ist die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG einer durchschnittlich mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres nicht erfüllt. Dies gilt selbst dann, wenn man den 26-tägigen stationären Aufenthalt im Z. \_\_\_ vom 23. Mai bis 17. Juni 2011 (Urk. 15/19/6-7) mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt ( $[26 \times 100\%] + [339 \times 30\%] = 12770 ; : 365 = 34,9\%$ ). Die Beschwerdegegnerin verneinte daher zu Recht einen Rentenanspruch.

Dies gilt umso mehr, als nach Einschätzung des psychiatrischen I. \_\_\_ -Gutachters der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin weiter verbeserungsfähig ist (Urk. 15/95/50). Denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts fallen die leicht bis mittelgradigen depressiven Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent

sind (BG E 141 V 281 E. 3.7.1 S. 295, E. 4.3.1.2; Urteile des Bundesgerichts 9 C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E. 3.3 , 9 C\_539/2015 vom

## **E. 7**

0%ige Arbeitsfähigkeit, wobei die angestammte der leidens ange passten Tätigkeit entsprechen. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 30 % , der keinen Anspruch auf eine Rente begründe (Urk. 2 S. 1 f.). 3.2

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, gestützt auf die übereinstimmenden und zutreffenden Einschätzungen ihres behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ und der Ärzte des E.\_\_\_\_

sei davon auszugehen, dass sie an einer schweren depressiven Störung und an einer deutlichen, rentenrelevanten somatoformen Schmerzstörung leide , sowie dass bei ihr seit Februar 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe . Auf das I.\_\_\_\_ -Gutachten vom 6. Februar 2015 und insbesondere auf das psychiatrische I.\_\_\_\_ -Teilgutachten vom 6. Februar 2015 könne wegen diverser Mängel , namentlich der ungenügenden Beschwerdeaufnahme und dem beschönigten psychopathologischen Befund mit daraus resultierender falscher Diagnose und Arbeitsunfähigkeitsbemessung , welche ausführlich in der Stellungnahme des E.\_\_\_\_ vom 28. September 2015 (Urk. 3/2) kritisiert worden seien, nicht abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin habe sich im angefochtenen Entscheid damit nicht auseinandergesetzt und damit die Begründungspflicht sowie den Anspruch auf das rechtliche Gehör verletzt. Die angefochtene Verfügung sei allein schon aus formellen Gründen aufzuheben. Ausserdem seien die Auswirkungen des Schlafmangels und die Wechselbeziehungen mit den übrigen Krankheitssymptomen vollkommen ungenügend beleuchtet worden. Aufgrund der durch die Schmerzen hervorgerufenen Schlafstörungen (maximal zwei Stunden Durchschlaf) würden Lust- und Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit, Nervosität, Gedankenkreisen und der Verlust des Selbstvertrauens zu nehmen. Dadurch bestünden auch soziophobe Ausprägungen. Die Therapie resistenz sei darauf und nicht etwa auf mangelnde Motivation zurückzuführen. Zusätzlich zur psychiatrischen Komorbidität eines schwergradig ängstlich-depressiven Zustandbildes würden somatische Begleiterkrankungen und Faktoren vorliegen, welche der psychiatrische I.\_\_\_\_ -Gutachter

weitestgehend ausgeblendet habe , so die Schlafstörungen, den Erschöpfungszustand, die Denkblockaden , die Konzentrationslücken , die Appetitverminderung und die gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation zu Rehabilitationsmassnahmen . Die Diagnose des I.\_\_\_\_ -Gutachters einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.11 könne auch daher nicht stimmen, weil sie seit mindestens vier Jahren anhalte. Er verliesse sich vor der Sichtweise, dass aus neurologischer Sicht eine Symptomausweitung der Lumbalgie wahrscheinlich sei und dass eine somatoforme Störung, welche Diagnose sowohl von Dr. F.\_\_\_\_ und den Ärzten des E.\_\_\_\_ als auch den Ärzten der G.\_\_\_\_ gestellt worden sei, vorliege. Dennoch habe der I.\_\_\_\_ -Gutachter die Förster-Kriterien geprüft, welche seit dem Leitentscheid BGE 141 V 281

(Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015) keine Anwendung mehr fänden. Da das I.\_\_\_\_ -Gutachten vor diesem Entscheid erstellt worden sei, sei die ganze psychiatrische und dadurch das ganze interdisziplinäre Gutachten unbrauchbar. Zudem habe sich der Gesundheitszustand seit 2012 verschlechtert, auch rein somatisch. In

somatischer Hinsicht seien die Gonarthrose und das Knochenödem am linken Knie, die erst seit Sommer 2014 vorliegen würden, während des laufenden Verfahrens zu Unrecht nicht berücksichtigt worden. Es erscheine als lebensfremd, dass ihre Arbeitsfähigkeit trotz ihrer zahlreichen arthritischen Leiden, insbesondere an der Lendenwirbelsäule (LWS) und im Kniebereich sogar für schwere und mittel schwere Arbeiten lediglich als zu 30 % eingeschränkt eingestuft worden sei. Es werde des Weiteren bestritten, dass die angestammte Tätigkeit leidensadaptiert gewesen sei. Das Invalideneinkommen hätte gestützt auf die Lohnstruktur erhebung (LSE) unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges bestimmt werden müssen (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 19 S. 2 ff.). 3.3

Der formellen Rüge der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe mangels Stellungnahme zu den Einwänden gegen den Vorbescheid und namentlich zum Bericht des E.\_\_\_\_\_

die Begründungspflicht und damit den Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 42 ATSG, Art. 57a Abs. 1 IVG, Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV; vgl. BGE 124 V 180 E. 1a) verletzt, kann nicht gefolgt werden, zumal eine schwere, die Heilung des Verfahrensmangels aus schliessende Gehörsverletzung, welche von Amtes wegen zur Aufhebung der mit dem Verfahrensfehler behafteten Verfügung führen würde (vgl. BGE 124 V 180 E. 4a mit Hinweisen), jedenfalls nicht vorliegt.

Aus dem angefochtenen Entscheid geht zudem hervor, dass und weshalb die Beschwerdegegnerin auf das eingeholte Gutachten abstellte und weshalb sie der Beurteilung der E.\_\_\_\_\_ -Ärzte nicht folgte. Auch wurde auf weitere Einwände Bezug genommen und das zugrunde gelegte Arbeitsprofil sowie die Invaliditätsbemessung ausführlich geschildert (Urk. 2 S. 2 f.). Eine Verletzung der Begründungspflicht respektive des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist darin nicht zu erblicken. Denn die Verwaltung kann sich recht sprechungs gemäss

auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken und muss sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen (BGE 124 V 180 E. 1a und E. 2b, 126 V 75 E. 5b/ dd; Urteil des Bundesgerichts 8C\_30/2016 vom 8.

März 2016 E. 2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin vermochte den Entscheid zudem sachgerecht anzufragen und konnte ihr Anliegen mit der Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 2) vor einer Beschwerdeinstanz vortragen, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/ aa). 3.4

In materieller Hinsicht ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin strittig und zu prüfen, wobei zu klären ist, ob und in welchem Umfang sie ab dem Jahr 2011 arbeits- und erwerbsfähig (Art. 6-7 ATSG) war.

Die angefochtene Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 2) bildet da bei recht sprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsergebnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweisen). Der frühestmögliche Beginn einer allfälligen Rente ist aufgrund der Anmeldung der Beschwerdeführerin in

im Juni 2011 (Urk. 15/11) in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG der 1. Dezember 2011. 4. 4.1

In somatischer Hinsicht traten gemäss dem Austrittsbericht der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin des Z.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2011 im Oktober 2010 erstmalig lumbale Schmerzen mit Progredienz auf, welche ab Februar 2011 stark zugenommen und auch nach gluteal beidseits ausgestrahlt hätten. Seither sei die Beschwerdeführerin meist nur noch zu 25 % arbeitsfähig gewesen. Vom 23. Mai bis 17. Juni 2011 sei sie stationär behandelt worden und es sei ihr anschliessend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. Juni 2011 attestiert worden (Urk. 13/19 S. 6 f.).

Laut dem Bericht des Z.\_\_\_\_ vom

### **E. 7.1**

Streitgegenstand des Verfahrens bildet die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

### **E. 7.2**

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen sowie unter Berücksichtigung der Honorarnote vom 23. Juni 2016 (Urk. 21) auf Fr. 3'724.45 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 8 %) festzusetzen. 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 § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, Frauenfeld/Schaffhausen, wird mit Fr. 3'724.45

(inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv) 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

## E. 8

. September 2011 über das Ergebnis des am 2. August 2011 durchgeführten Arbeitsassessments

( mit Basistests vom 24. und 25. August sowie Nachbesprechung vom 7. September 2011 ) wurden die folgenden arbeitsrelevanten Diagnosen gestellt: 1. Chronisches lumbovertebrales bis - spondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M54.86) mit/ bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS; Computertomographie LWS vom 15. März 2011: Spondylarthrose L4-S1 beidseits, Morbus Bastrup mit breiten sklerotischen Osteophyten und kleinen Zysten L2-5, geringen mehrsegmentären Chondrosen ) mit Facettenüberlastung L4/5 und L5/S1 beidseits (Radiofrequenz-Ablation der Rami medialis der Facettengelenke L4 bis S1 am 22. August 2011, Dr. K.\_\_\_\_ , Z.\_\_\_\_ ), Haltungsinuffizienz mit Kopf- und Schulterprotraktion

und muskulärer Dekonditionierung ; 2. anamnestisch und klinisch Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom (CTS) links (ICD-10 G56.0); 3. Fingerpolyarthrose (ICD-10 M15.1 und M15.2), betont Heberden -Arthrose. In den Tests des Arbeitsassessments

sei eine mässige Leistungsbereitschaft und eine Selbstlimitierung beim Test „Gehen“ festgestellt worden . Es sei ein

Inkonsistenzpunkt

beobachtet worden . Die funktionelle Leistungsfähigkeit liege dennoch bei weitem unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit. Durch die vorwiegend stehende Arbeit am Fließband mit stark repetitiver Tätigkeit kumuliere die Belastung während des Arbeitstages. Zumutbar sei diesbezüglich ein 50%iges Pensum, wobei ein schrittweiser Einstieg zu empfehlen sei. In körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz mit zusätzlichen zu den üblichen Pausen von insgesamt zirka 1,5 Stunden im Tagesverlauf infolge der multiplen Belastungseinschränkungen der Körperhaltungen (kein häufiges Heben und Tragen von Lasten über 2,5 Kilogramm, kein häufiges vorgeneigtes Stehen, Arbeiten über Kopf und Rotieren im Sitzen, kein häufiges Stehen, Ziehen, Stossen, Treppensteigen und Gehen) und wegen der Beschwerdekumulation um 20 % reduziert (Urk. 15/30/2-4 ).

Der neurologische Gutachter Prof. Dr. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, schloss im Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 11. November 2011 auf die Diagnose einer chronischen Lumbago mit/bei leichtgradigem Vertebralesyndrom mit paravertebralem Hartspann ohne Anhalt für ein assoziiertes nervales Defizit und ohne Anhalt für eine gravierende degenerative spinale Pathologie

sowie eines unspezifischen Kopfschmerzsyndroms, nicht klassifizierbar, ohne ausreichenden Anhalt für einen behindernden Effekt, differentialdiagnostisch : Kopfschmerz im Rahmen eines Analgetikafehlgebrauchs . In der klinischen Beobachtung sei eine grobe Diskrepanz zwischen der anamnestisch angegebenen aktuellen Schmerzstärke und dem zumindest deutlich geringer ausgeprägten klinischen Störungseindruck auffällig gewesen. Die bildmorphologischen Befunde seien ohne eigenständigen Krankheitswert gewesen. Es habe bei der Untersuchung deutliche Hinweise

auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Beschwerden und der Einschränkung gegeben. Zu mindest für Tätigkeiten mit leichten bis mittelschwerer körperlicher Wechselbelastung sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (Urk. 15/26/15-19).

Der Oberarzt des Z.\_\_\_\_, Dr. med. L.\_\_\_\_, der den Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 8. September 2011 zum Arbeitsassessment unterzeichnet hatte, erklärte in einem undatierten Anschlussschreiben hierzu, es treffe zu, dass eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht begründbar sei. Die gegenwärtigen Einschränkungen könnten durch eine geeignete intensive Trainingstherapie innerhalb von zwei bis drei Monaten gesteigert werden. Die Beschwerdeführerin habe indes nur in einem von 21 Test-items eine Selbstlimitierung gezeigt. Ansonsten habe sie gut kooperiert und sei an die funktionelle Limite gegangen. Daraus eine Aggravation, mithin eine Vortäuschung einer stärkeren gesundheitlichen Einschränkung ableiten zu wollen, sei nicht zulässig und entspreche eindeutig nicht der Art und Weise, wie sich die Beschwerdeführerin präsentiert habe (Urk. 13/29/1).

Gemäss dem Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 24.

Januar 2012 mussten die Eingliederungsbemühungen wegen der nach der Kündigung der bisherigen Arbeitsstelle per Ende April 2012 verstärkt eingetretenen Depressivität als gescheitert betrachtet werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe ein stationärer Befund. Bei noch erhaltener Arbeitsstelle wäre eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % ohne Weiteres realisierbar. In einer leidensangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (Urk. 15/76/22-23).

Am 2. Juli 2014 wurde die Beschwerdeführerin gemäss dem Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2014 ausserdem wegen seit zwei bis drei Monaten andauernder Beschwerden am linken Knie von Dr. med. M.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Orthopädie des Spitals H.\_\_\_\_, untersucht. Er stellte diesbezüglich die Diagnose eines atraumatischen

Oedems am lateralen Femurkondylus mit/bei Verdacht auf beginnende femorotibiale und retropatelläre

Chondropathie, asymptomatischer dorso medialer Meniskusriss sowie subchondrales

Oedem beim

Tibiaplateau links. Er verordnete ihr nebst der medikamentösen Behandlung Gehstöcke zur Entlastung (Urk. 15/79).

Die I.\_\_\_\_-Gutachter holten gemäss dem I.\_\_\_\_-Gutachten vom 8. Juni 2015 zudem den Verlaufsbericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2014 ein (Urk. 15/95/4), wonach sich im Vergleich zur Voruntersuchung eine unveränderte mediale Gonarthrose am linken Knie, jedoch eine deutliche Regredienz des lateralen Ödems des Condylus gezeigt habe (Urk. 15/95/1). 4. 2

Diese Beurteilungen und Einschätzungen der behandelnden Ärzte in Bezug auf die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen sind mit jenen im I.\_\_\_\_-Gutachten vom 8. Juni 2015 (Urk. 15/95), auf welche die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid abstellte (Urk. 2), vereinbar, wobei nebst den LWS- und Kniebeschwerden auch die Schmerzausweitung in die Brustwirbelsäule (BWS), in den Bereich der Halswirbelsäule

(HWS) und der Schultern umfassend beurteilt und nachvollziehbar gewürdigt wurde (Urk. 15/95/19-24).

Und zwar hatten die I.\_\_\_\_ - Gutachter die Beschwerdeführerin Anfang Februar 2015 aus internistisch er, rheumatologisch er, neurologisch er und psychiatrisch er sowie interdisziplinärer Sicht begutachtet

(Urk. 15/95/3) und

die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Chronisches lumbo spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M54.4) mit/bei ausgeprägten Spondylarthrosen L4/L5 rechtsbetont und L5/S1 linksbetont, ossär bedingtes Wirbelgleiten L4/L5 von 1 mm sowie L5/S1 von 2 mm (MRT LWS vom 24. September 2012), Facettenüberlastung L4/5 und L5/S1 beidseits, Status nach Radiofrequenz-Ablation der Rami medialis der Facettengelenke L4 bis S1 am 22. August 2011, kein Hinweis auf eine Radikulopathie; 2. Cervikovertebrales

Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M53.1) mit/bei manifester Osteochondrose Halswirbelkörper (HWK) 5/6, beginnende Osteochondrose HWK6/7, je mit Spondylarthrosen (Röntgen HWS lateral und Funktionsaufnahme vom 5. Februar 2015), keine Hinweise auf Radikulopathie; 3. Gonarthrose linksbetont (ICD-10 M17.0) mit/bei medialer Gonarthrose mit Meniskopathie, partieller Mazeration des medialen Meniskus, Ganglionzyste der Basis des Hinterhorns lateral, proximale Chondropathie

patellae mit Zystenbildung des retropatellären Knorpels und minimalem Erguss, im Vergleich zu den Voruntersuchungen deutliche Regredienz des lateralen Ödems des Condyls, Fehlstellung des rechten Knies bei Genus valgum rechts, axialer Kniegelenkwinkel 168°, keine höhergradigen Arthrose-Zeichen; 4. Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) ohne Vollremission bestehend seit 2011 (Urk. 15/95/22-23).

Die I.\_\_\_\_ -Gutachter kamen nachvollziehbar zum Schluss, im Grossen und Ganzen würden sie (respektive die von ihnen erhobenen Befunde) mit den Vorbefunden des Bewegungsapparates übereinstimmen, wobei davon auszugehen sei, dass es im Bereich des linken Knies seit dem Jahr 2014 mit Entwicklung einer symptomatischen Gonarthrose zu einer gesundheitlichen Verschlechterung seit der Vorbegutachtung vom 11. November 2011 (durch Prof. Dr. B.\_\_\_\_) gekommen sei. Es sei aufgrund des degenerativen Rückenleidens und der Gonarthrose auch unter Einbezug aktueller Röntgenaufnahmen und der MRT-Bilder grundsätzlich gut nachvollziehbar, dass es zu Beschwerden in Form eines chronischen lumbo spondylogenen und cervikovertebralen

Schmerzsyndroms

sowie zu Kniebeschwerden insbesondere auf der linken Seite gekommen sei. Jedoch sei das Ausmass der vorgebrachten Beschwerden nicht nachvollziehbar. Es falle eine Verdeutlichungstendenz beziehungsweise eine Symptomausweitung auf. Wie bereits in den Vorgutachten aufgeführt, bestehe eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz an der Grenze zur Aggravation (Urk. 15/95/23-24). 4.3

4.3.1

Bei dieser Ausgangslage, welche übereinstimmend mit den Voraussetzungen eine Symptomausweitung, demonstrierte Verdeutlichungstendenz und psychische Überlagerung der

somatischen Beschwerden aufzeigt, welche insbesondere

auch in den rheumatologischen und neurologischen I.\_\_\_\_-Teilgutachten (Urk. 15/95/51-67) überzeugend begründet dargestellt wurden (Urk. 15/95/55-59, Urk. 15/95/66-67), ist eine objektivierte Beurteilung des Leistungsvermögens besonders zu beachten. Es wurde im I.\_\_\_\_-Gutachten daher folgerichtig erklärt, dass die Einschätzung der resultierenden Funktionsstörungen und der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit deshalb in erhöhtem Masse auf die objektiv erhobenen Untersuchungsbefunde und die Bildgebung abzustützen sei (Urk. 15/95/24).

Die I.\_\_\_\_-Gutachter schlossen in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand wegen des erhöhten Pausenbedarfs gemäss dem rheumatologischen Krankheitsbildes ab dem Jahr 2011

schlüssig begründet

auf eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in der Lebensmittelproduktion und auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne langgestreckte Arbeiten, beispielsweise Fließbandarbeiten, und ohne kniende Arbeiten (Urk. 15/95/24-25). 4.3.2

Auf diese Einschätzung der I.\_\_\_\_-Gutachter hinsichtlich der somatischen Beschwerden ist mit der Beschwerdeführerin abzustellen. Zum einen erfüllt das I.\_\_\_\_-Gutachten alle recht sprechenden gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Zum anderen erachteten auch die Ärzte des Z.\_\_\_\_ aus somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70% in der angestammten Tätigkeit ohne Weiteres als realisierbar und attestierten in einer leidensangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2012, Urk. 15/76/22-23).

Selbst im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2012 wurde festgehalten, dass aus orthopädisch-chirurgischer Sicht die objektivierbaren Befunde ausser den myofascialen Beschwerden keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründet werden können und dass von Seiten des rheumatologischen Fachgebietes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 15/57/19).

Die in den Berichten des E.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2012 (Urk. 15/57/19) und vom 30. Oktober 2014 (zitiert im I.\_\_\_\_-Gutachten. vgl. Urk. 15/95/4, Urk. 15/95/11-12) aufgeführte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit dagegen

wurde unter Einbezug der Überlagerung der psychischen Beschwerden ohne ausreichende objektivierte Differenzierung attestiert. Die Einschätzung der I.\_\_\_\_-Gutachter ist in somatischer Hinsicht daher nicht zu beanstanden. 4.3.3

Der Einwand der Beschwerdeführerin, die ab Sommer 2014 bestehende Gonarthrose und das Knochenödem am linken Knie seien zu Unrecht nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 9), trifft nicht zu. Auch diese Beschwerden (Urk. 15/95/19-20) wurden zusammen mit allen übrigen geklagten Beschwerden von den I.\_\_\_\_-Gutachtern hinlänglich untersucht und fachgerecht beurteilt. So erklärte die rheumatologische I.\_\_\_\_-Gutachterin, die Beschwerdeführerin sei in Bezug auf die Gonarthrose des linken Knies mit

Knochenödemen seit dem Sommer 2014 bis mindestens im Frühjahr 2015 für schwere ganz und für mit teilschwere Tätigkeiten um 30 % eingeschränkt arbeitsfähig. Für leichte Tätigkeiten, bevorzugt sitzend, sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig, dies ab Sommer 2014 (Urk. 15/95/21). Dies ist mit Blick auf die übrige Aktenlage aus einer objektivierte Sicht begründet.

Die

Rüge der Beschwerdeführerin sodann, die Einschätzung der rheumatologischen I.\_\_\_\_-Gutachterin in Bezug auf körperlich schwere Tätigkeiten (von vorerst 70%ige Arbeitsfähigkeit bis im Sommer 2014; Urk. 15/95/20) sei lebensfremd (Urk. 1 S.

## E. 11

), trifft ins Leere. Denn die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bei der Y.\_\_\_\_ AG ist nicht als schwer, sondern gemäss dem Bericht der ambulanten arbeitsbezogenen Rehabilitation (ABR) vom 27. Januar 2011, wo die einzelnen Arbeitsabläufe der angestammten Tätigkeit detailliert beschrieben und analysiert wurden (Urk. 15/75/27-33, vgl. auch die Fotodokumentation in Urk. 15/28), als leicht mit höchstens gelegentlich mittel schweren Belastungen zu qualifizieren (vgl. Klassifikation für Belastungswerte einer Tätigkeit mit Heben und Tragen maximal 5-10 Kilogramm, Urk. 15/76/30). Es waren zumeist Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten unter 5 Kilogramm und je nach Schicht und Jobrotationsstelle nur manchmal von bis zu 10 Kilogramm zu verrichten. Die von den I.\_\_\_\_-Gutachtern attestierten zusätzlichen Pausen um 30 % der Arbeitszeit hätten dabei den gelegentlich höheren körperlichen Belastungen und repetitiven Tätigkeiten ausreichend Entlastungen geboten.

### 4.3.4

Der Bericht des Chirurgen Dr. J.\_\_\_\_

vom 16. Oktober 2015 (Urk. 15/113) sodann, welcher nach der I.\_\_\_\_-Begutachtung vom Februar 2015 erstellt wurde, vermag die somatische Beurteilung der I.\_\_\_\_-Gutachter ebenfalls nicht in Frage zu stellen, zumal er sich gemäss seinen Angaben bei den Diagnosen auf älteres Bildmaterial stützte als die I.\_\_\_\_-Gutachter, die Kniebeschwerden nicht (mehr) aufführte und die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit fachübergreifend auch aufgrund der psychischen Beschwerden beurteilte. Dazu führte er aus, dass das klinische Bild durch die Verschlechterung der Depression mit jetzt schwerer Depression dominiere (Urk. 15/113). Dies entspricht keiner fachärztlich psychiatrischen

Beurteilung und es wurden denn auch keine Befunde zum psychischen Zustand aufgeführt. Der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_

fällt daher beweisrechtlich weder in Bezug auf die somatischen noch betreffend die psychischen Beschwerden ins Gewicht. 5.5.1

In psychischer Hinsicht wurde im Urteil IV.2012.00726 vom 31. Dezember 2013 festgehalten, dass nicht abschliessend beurteilt werden könne, ob die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ gemäss dessen Gutachten vom 24. Februar 2012 (Urk. 15/37/4-16), der die Diagnose „Mögliche psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts verschlüsselten Krankheiten (ICD-10 F54)“ gestellt und darauf geschlossen hatte, dass kein hinreichender Anhalt für ein die Arbeitsfähigkeit tangierendes depressives Syndrom

vorliege (Urk.

## **E. 15**

/37/11), letztlich überzeuge (E. 4.2 ; Urk. 15/72/7-9 ).

5.2

5.2.1

Gemäss dem Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_

vom 19. November 2012 war die Beschwerdeführerin seit Dezember 2011 wegen einer therapieresistenten, depressiven Episode mittleren, inter mit tierend auch schweren Grades bei anamnestic bekannten multiplen rheumatischen Störungen, die mit einem ebenfalls therapieresistenten Schmerzsyndrom einhergehen würden, in seiner Behandlung, wobei sich das Krankheitsbild seit dem Frühjahr 2012 deutlich verschlechtert habe (Urk. 15/76/17-18).

Dem Bericht des Medizinischen Zentrums D.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2012, unterzeichnet von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie von Dr. phil. klin. psych. O.\_\_\_\_, klinischer Psychologe und Supervisor, ist zu entnehmen, dass am 16. und 28. Januar 2012 zwei Vorgespräche zur Abklärung der weiteren Behandlung stattgefunden hatten. Als psychiatrische Diagnosen sei eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) festgestellt worden. Ausserdem sei eine Intensivierung der Behandlung auf zwei Sitzungen pro Woche empfohlen worden, wozu sich eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder eine Behandlung in der Tagesklinik anbieten (Urk. 15/76/21-22, Urk. 15/76/25-26).

Im Bericht des D.\_\_\_\_ vom 13. März 2012 führte Dr. N.\_\_\_\_

nebst der Diagnose eines chronischen lumbovertebralen bis - spondylogenen Syndroms beidseits bei degenerativen Veränderungen der LWS L4-S1 und einer Fingerpolyarthrose beidseits - Arthrose (Z.\_\_\_\_

## **E. 17**

Juni 2011) weiterhin die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auf und erklärte, es bestehe seit Februar 2011 bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei eine Arbeitsaufnahme mit 2 Stunden pro Tag und schliesslich bis zu 50 % in der Produktion bis im Mai 2011, eine achtwöchige Arbeitsrehabilitation im Z.\_\_\_\_

und weitere Arbeitsversuche bis am 28. Dezember 2011 erfolgt seien. Ab dann habe wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin könne nicht lange stehen und sitzen, kaum heben und sei für körperliche Tätigkeiten nicht geeignet. Sie würde zudem kein vernünftiges Arbeitstempo mehr erreichen und immer wieder in den Krankenstand fallen, was der Arbeitgeber tolerieren müsste (Urk. 15/38/5-6).

Aus dem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2012 mit dem Titel „Interdisziplinäre Schmerzbehandlung“ geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit aus somatopsychischer Sicht rheumatologisch, orthopädisch-chirurgisch und psychosomatisch beurteilt wurde. Aus psychosomatischer Sicht schloss Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychoanalytikerin, auf eine

deutliche Zunahme der Depression und diagnostizierte eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2). Eine Einschätzung des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit wurde aufgrund des gesamten Beschwerdebildes interdisziplinär festgelegt, und zwar sei die Beschwerdeführerin sowohl im bisherigen Beruf als Produktionsmitarbeiterin als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 15/57/15-19).

Dr. F.\_\_\_\_

überwies die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 19. November 2012 zur stationären Behandlung an die G.\_\_\_\_

(Urk. 15/76/17-18).

Gemäss dem Bericht der G.\_\_\_\_

vom 15. April 2013 wurde die Beschwerdeführerin vom 29. November 2012 bis am 5. April 2013 stationär behandelt. Als Eintrittsgrund (gemäss dem Überweisungsschreiben von Dr. F.\_\_\_\_) wurde eine therapieresistente mittelgradige bis schwere Depression mit generalisierten Schmerzen, die durch die somatischen Befunde nicht komplett zu erklären seien, festgehalten. Die Ärzte der G.\_\_\_\_ stellten die psychiatrischen Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und einer chronischen somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Beschwerdeführerin habe regelmässig und motiviert an allen Angeboten und Therapien teilgenommen mit deutlicher Verbesserung ihres psychischen und körperlichen Zustandes. Trotz dem hätten auch bei Austritt noch deutliche körperliche Einschränkungen bestanden. Neben der psychosomatischen Behandlung habe die vorsichtige Aufdosierung der antidepressiven Medikation auch zu einer Verbesserung der depressiven Episode und damit auch zu einem besseren Umgang mit den Schmerzen geführt. Die Beschwerdeführerin werde nach Austritt durch ihren Hausarzt weiterbehandelt. Weitere psychiatrische oder psychologische Therapien seien von ihr nicht gewünscht worden. Sie und ihre Familie würden im Verlaufe der Zeit über weitere Massnahmen entscheiden (Urk. 15/76/4-7).

Laut dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. März 2014 war der Verlauf seit der Entlassung aus der G.\_\_\_\_

protrahierend. Es fänden monatliche Sitzungen bei ihm statt. Die Tochter übersetze. Er habe die Diagnose einer mittelgradigen, intermittierend auch schwergradigen, depressiven Episode (ICD-10 F32.1, F32.2), einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.24) und einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) sowie von multiple rheumatoologische Diagnosen gemäss den Berichten der Spezialisten gestellt.

Das komorbide Auftreten der Diagnosen, welche jede für sich in der Lage sei, die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen, erhöhe deren pathogene Wirkung. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % und mehr (Urk. 15/76/1-2). 5.2.2

Die I.\_\_\_\_-Gutachter erklärten im

Gutachten vom 8. Juni 2015 in Bezug auf die psychischen Beschwerden, sie würden bei der Beurteilung des psychischen Zustandesbildes von der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_

abweichen

und sie hätten übereinstimmend mit dem behandelnden Arzt eine affektive Erkrankung in Form einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10

F32.11) diagnostiziert, welche sich im Jahr 2011 entwickelt habe und bis heute (zurzeit der Begutachtung Anfang Februar 2015, Urk. 15/95/3) ohne zwischenzeitliche Vollremission bestehe. Eine somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden. Die konkreten Funktionen einschränkungen seien hingegen nicht derart ausgeprägt, dass sie zu einer höhergradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. In der klinischen Auswirkung führe die depressive Erkrankung zu einer reduzierten Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Ursächlich dafür sei eine erhöhte Ermüdbarkeit und gewisse neurokognitive Beeinträchtigung. Ein Abfall der Aufmerksamkeit sei klinisch nicht zu beurteilen. Die Arbeitsfähigkeit sei dadurch seit 2011 sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit um 30 % reduziert

(Urk. 15/95/24 -25 ).

## **E. 21**

März 2016 E. 4.1.3.1 , 8C\_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4). Selbst bei mittelschweren depressiven Störungen fehlt es an der vorausgesetzten Schwere (Urteil des Bundesgerichts 8C\_111/2016 vom 9. Mai 2016 E. 5). 6.2.2

Aber auch eine Invaliditätsbemessung mit Einkommensvergleich würde zu keinem anderen Ergebnis führen. Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine , 128 V 174).

Das Valideneinkommen (vgl. BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1) hätte gemäss dem Arbeitgeberbericht der Y. AG vom 22. Juli 2011 im Jahr 2011 Fr. 62'930.-- betragen (Urk. 15/20/3). Unter Berücksichtigung der branchenspezifischen Nominallohnentwicklung des Jahres 2012 (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T1.2.10], Wirtschaftszweig C , Verarbeitendes Gewerbe; 2011 : 101.1 ; 2012: 102.0) würde ein Valideneinkommen von Fr. 63'490.20 (Fr. 62'930. -- : 101.1 x 102) resultieren .

Würde das Invalideneinkommen, obschon das angestammte Arbeitsverhältnis noch bis Ende April 2012 (Urk. 15/34) bestand, aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) erhoben, wäre ausgehend von der LSE 2012, Tabelle T17, Hilfsarbeitskräfte , Frauen über 50 Jahren, ein Einkommen von Fr. 53'268.-- (12 x Fr. 4'439.--) massgeblich. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2012 ( BFS, T03.02.03.01.04.01 Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) und der 30%igen Einschränkung würde dies ein Invalideneinkommen von Fr. 38'872.30 ( Fr. 53'268. -- : 40 x 41,7; x 0,7) ergeben.

Ein sogenannter leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen wegen persönlicher und beruflicher Merkmale (namentlich Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 124 V 321 E. 3b/aa , 134 V 322 E. 5.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen) wäre nicht gerechtfertigt. Denn neben den reduzierten Erwerbsmöglichkeiten aufgrund der somatischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen fällt hier kein weiterer Grund in Betracht. Da die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht in einer körperlich leichten Tätigkeit zu 100 % gegeben ist und aus

psychiatrischer Sicht die 30 % ige Einschränkung bei ganztätiger Anwesenheit durch erhöhten Pausenbedarf attestiert wurde (Urk. 15/95/24-25) , wäre nicht von einer eigentlichen gesundheits bedingt reduzierten Teilzeittätigkeit auszu gehen. Angesichts der attestierten ganz täglichen Einsatzmöglichkeit wäre die

Beschwerdeführer in eher wie ein Arbeitnehmer in mit aus gesundheitlichen Gründen reduziertem Leistungsvermögen, an sonst aber vollzeitlich möglicher Arbeitstätigkeit zu behandeln, was nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung einen Abzug vom tabellarisch bestimmten Invalidenlohn ausschliesst (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.3, 8C\_419/2012 vom 21. September 2012 E. 3.1 und 8C\_344/2012 vom 16. August 2012 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Folglich bliebe es bei einem Invalideneinkommen im Jahr 2012 von Fr. 38'872.30. Gemessen am Validen einkommen im Jahr 2012 von Fr. 63'490.20 würde eine Einbusse von Fr. 24'617.85 resultieren , was einem Invaliditätsgrad von gerundet 39 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121) entspricht und nach Art. 28 Abs. 2 IVG ebenfalls keinen Anspruch auf eine Rente begründen würde . 6.3

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern.

Von weiteren Sachverhaltsabklärungen sind keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung ; vgl. dazu BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d; BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11 ). 6.4 Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

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