

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00207 vom 21. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00207](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00207)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00207 du 21 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00207 del 21 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1960, war von Januar 1991 bis M a i 2014 als Pack aging Clerk bei der Firma Y.\_\_\_\_ ( Urk. 10/14, Urk. 10/21/3) . Unter Hinweis auf einen erlittenen Herzin farkt meldete sich die Versicherte am

#### **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 aus schliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksich tigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psy chosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Ein zelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Be schwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belasten den soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psy chiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde De pression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssi tuation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind un abdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psy chischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil

des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

#### E. 1.4

Mitte) darin äussert, dass die Beschwerdeführerin mit Panikzuständen reagiert, wenn sie ein Druckgefühl in der Herzregion verspürt, sie Beifahrerin beim Auto fahren ist oder wenn sie alleine draussen unterwegs ist, sich massgeblich auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken soll, ist nicht ersichtlich, zumal die Beschwerdeführerin letzteren Situationen am Arbeitsplatz kaum ausgesetzt sein dürfte.

Abgesehen davon geht aus dem Bericht der Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ hervor, dass das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin nicht zuletzt auch von verschiedenen, teilweise seit langer Zeit bestehende

invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren

wie der Behinderung der zweitgeborenen Tochter, dem Tod einer Schwester vor zwei Jahren, einem Konflikt mit der anderen Schwester, Unterstützungsverpflichtungen dem Ehemann, den Töchtern und der Mutter gegenüber, dem

im Juli 2013 erlittene Herzinfarkt sowie der im Februar 2014 nach über 20 Jahren Arbeitsverhältnis erhaltene und als kränkend erlebte Kündigung der Arbeitsstelle (Urk. 10/87/8 Mitte)

mitbestimmt wird. Um einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden bejahen zu können, müsste daher eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert in ausgeprägter Weise vorliegen (vgl. vorstehend E. 1.2). Davon ist vorliegend mit Blick auf den von den Ärzten der Klinik Z.\_\_\_\_ beschriebenen Psychostatus nicht auszugehen.

Nach dem Gesagten ist ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden im Sinne einer verselbständigten, krankheitswertigen psychischen Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht ausgewiesen. 4. 8

Zusammenfassend ist der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin

für behinderungsangepasste Tätigkeiten entsprechend dem von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ formulierten Belastungsprofil (vorstehend E. 3.7) voll arbeitsfähig ist.

Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden ist nicht ausgewiesen. 5. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 ihrer 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). 5.2

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Einkommensvergleich durchgeführt. Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Knieleidens nur jene Tätigkeiten ausüben kann, die dem von RAD-Arzt Dr. H. \_\_\_ formulierten Belastungsprofil Rechnung tragen (vgl. vorstehend E. 4.2 und E. 4.8), ist aber eine Prüfung der erwerblichen Auswirkungen angezeigt. 5.3

Nachdem

kein Arbeitgeberfragebogen anfechtbar ist und auch aus dem Arbeitszeugnis der Firma Y. \_\_\_ vom 31. Mai 2014 (Urk. 10/21/3 -4) nicht hervorgeht, ob die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Packging Clerk einer leidensangepassten Tätigkeit entsprach, ist (zu Gunsten der Beschwerdeführerin) davon auszugehen, dass sie die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. 5.4

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 5.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli

2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli

2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September

2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich

in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unter dem durchschnittlichen Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). 5.7

Gemäss Arbeitszeugnis der Firma Y.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2014 (Urk. 10/21/3-4) wurde das Arbeitsverhältnis mit der Beschwerdeführerin aufgrund einer Umstrukturierung aufgelöst (S. 2). Allerdings war die Beschwerdeführerin zuvor bereits seit längerer Zeit krankgeschrieben (vgl. Urk. 10/25/6-16), weshalb nicht auszuschliessen ist, dass sie im Gesundheitsfall die bisherige Tätigkeit nicht verloren hätte, wovon (zu Gunsten der Beschwerdeführerin) auszugehen ist. Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 10/6) erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2012 ein Einkommen von Fr. 64'982.--. Im Jahr 2011 hatte sie zwar rund Fr. 4'500.-- mehr verdient. In den Jahren davor war ihr Verdienst je doch jeweils tiefer als das für das Jahr 2012 ausgewiesene Einkommen, weshalb es sich rechtfertigt, das im Jahr 2012 erzielte Einkommen als Valideneinkommen heranzuziehen. 5.8

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens rechtfertigt es sich vorliegend auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE abzustellen. Das im Jahr 2012 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'112.-- (LSE 2012, S.

35, Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Frauen), mithin Fr. 49'344.-- pro Jahr bei einem der Beschwerdeführerin zumutbaren Pensum von 100%. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, T03.02, 2012 Total) resultiert somit ein Invalideneinkommen von rund Fr. 51'441.-- für das Jahr 2012 (Fr. 49'344.-- : 40 x 41.7). 5.9

Beim Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 64'982.-- mit dem Invalideneinkommen resultiert

vorliegend selbst dann ein Invaliditätsgrad von weniger als 40%, wenn vom Invalideneinkommen ein - im Falle der Beschwerdeführerin als zu hoch erscheinender - Leidsabzug von 20%

gewährt

würde.

Daran vermag auch die Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung nichts zu ändern.

Damit ist ein rein tenanspruchs begründender Invaliditätsgrad zu verneinen. Die Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Ryf

## **E. 1.6**

).

## **E. 2**

1. März 2016 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 11 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) da von aus, dass das Leiden der Beschwerdeführerin in seiner Art, Schwere und Dauer die Voraussetzungen für eine Invalidenrente nicht erfülle (S. 1 unten). Es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor (S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) demgegenüber geltend, sie habe im Juli 2013 einen schweren Herzinfarkt erlitten und sei deswegen operiert worden. Seitdem leide sie an Herzbeschwerden und Panikattacken. Zudem sei sie an einer mittelgradigen depressiven Episode erkrankt und stehe in ständiger psychiatrischer Behandlung. Da die Gesprächstherapie nicht geholfen habe, sei sie stationär in der Klinik Z.\_\_\_\_ be handelt worden.

Weiter habe sie sich einer Knieoperation unterziehen müssen und sei deswegen nicht in der Lage, stehende oder gehende Arbeit durchzuführen. Aus dem Sozialleben habe sie sich

vollumfänglich zurückgezogen (S. 2 f.) . Der Fall sei medizinisch nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Aufgrund der Schwindelattacken brauche es noch eine neurologische Abklärung (S. 3).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich dieser gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten beurteilen lässt.

### **E. 3.1**

2).

RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ bezeichnete die

koronare Herzkrankheit der Beschwerdeführerin dementsprechend als kompensiert (vorstehend E.

### **E. 3.2**

In seinem Bericht vom 23. November 2013 (Urk. 10/15/43-44) nannte Dr. med.

B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie, folgende Diagnosen (S.

1 unten): - Verdacht auf Restless - Legs -Syndrom (RLS) mit schmerzhaften Dysästhesien ohne Zeichen einer Polyneuropathie - koronare Eingefässerkrankung mit Status nach MIDCAB (AC-Bypass) - arterielle Hypertonie, gemischte Hyperlipidämie - Tagesschläfrigkeit

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, sämtliche untersuchten Nerven hätten normale Leitungsschwindigkeiten, unauffällige distalmotorische

Latenzen und sensible Reize antworten gezeigt, ohne derzeitigen

Hinweis auf eine demyelinisierende oder axonale Polyneuropathie (S. 2).

### **E. 3.3**

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektive Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3. 7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahr scheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulant und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). 4.7

Den Bericht von Dr. G.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.6, E.

### **E. 3.3.4**

mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C\_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E.

5.1.2).

Leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, fallen

einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E.

### **E. 3.4**

und E.

### **E. 3.5**

Am 6. März 2014 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 10/16). Er nannte die von Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3.4)

und von Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) genannten sowie zusätzlich folgende (Haupt-)

Diagnosen (Ziff. 1.1): - Diabetes mellitus Typ 2 - Hypersomnie mit Tagesschläfrigkeit seit etwa 2011 - unklare chronische Schmerzen Unterschenkel und Füsse beidseits (D.\_\_\_\_

Angiologie November 2013)

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, aufgrund der vielen verschiedenen Krankheiten, vor allem der KHK, mit multiplen Beschwerden könne er keine schlüssigen Angaben zur Arbeitsfähigkeit machen (Ziff.

### **E. 3.7**

). Im Oktober 2014 verneinte Dr. I.\_\_\_\_ das Vorliegen von Einschränkungen aus kardiologischer Sicht und attestierte der Beschwerdeführerin spätestens ab Februar 2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.9).

Darauf ist abzustellen. Das Herzleiden der Beschwerdeführerin ist somit invalidenversicherungsrechtlich ohne Relevanz. 4.2

Aus den medizinischen Akten geht des Weiteren hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein auf degenerative Veränderungen zurückzuführendes Leiden im linken Knie besteht, welches im Dezember 2014 zu einem

operativen Eingriff führte (vorstehend E. 3.11). Gemäss der Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_ sind der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Knieleidens im Stehen zu verrichtende Arbeiten nicht mehr zumutbar. Für sitzende Tätigkeiten hingegen attestierte Dr. K.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.16). Damit im Einklang steht die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_, welcher körperlich leichte und wechselbelastende, häufig sitzende Tätigkeiten als zumutbar bezeichnete (vorstehend E. 3.7). Somit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer knieschonenden beziehungsweise dem von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ formulierten Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit voll arbeitsfähig ist. 4.3

Gestützt auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) ist sodann davon auszugehen, dass die von ihm im Bereich der Lendenwirbelsäule beschriebenen degenerativen Befunde der Ausübung einer Tätigkeit entsprechend dem von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ formulierten Belastungsprofil (vorstehend E.

3.7) nicht entgegenstehen. 4.4

Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie leide überdies unter Schwindelattacken und forderte diesbezüglich eine neurologische Abklärung.

In ihrem Bericht vom 24. Juli 2013 über die vom 12. bis 17. Juli 2013 dauernde Hospitalisation der Beschwerdeführerin (Urk. 10/15/27-30) erwähnten die Ärzte des D.\_\_\_\_ in der persönlichen Anamnese multifaktorielle Schwindelattacken, psychovegetativ, bei orthostatischer Komponente (S.

3 oben). Die Kardiologen des A.\_\_\_\_ erwähnten in ihrem Bericht vom Juli 2013 dem entsprechend aktenanamnestisch einen Verdacht auf einen somatoformen Schwindel (vorstehend E. 3.1). Die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom Juni 2015 (vorstehend E. 3.15) aus, die Beschwerdeführerin habe unter anderem angegeben, unter psychovegetativen Beschwerden wie Schweißausbrüchen, Schwindel, einem Gefühl von „Nebel vor den Augen“ und unscharfem Sehen zu leiden (Urk. 10/87/8 oben).

Weder die Ärzte des A.\_\_\_\_ und des D.\_\_\_\_ noch die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ sahen sich veranlasst, hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geklagten Schwindelbeschwerden neurologische Abklärungen in die Wege zu leiten, was darauf schliessen lässt, dass sie nicht von einer neurologischen Problematik ausgingen. Der von den Ärzten der Klinik Z.\_\_\_\_ erhobene Neurostatus fiel denn auch unauffällig aus (Urk. 10/87/8 unten). Die Ärzte bezeichneten

den Schwindel vielmehr als psychovegetativ beziehungsweise somatoform. Abgesehen davon wurde die Beschwerdeführerin in den Jahren 2012 und 2013 durch Dr. B.\_\_\_\_ und im A.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, mehrfach neurologisch untersucht, dies im Zusammenhang mit von ihr geklagten Schmerzen in den Beinen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Diese Untersuchungen ergaben allesamt keine Hinweise auf ein neurologisches Leiden (vgl. Urk. 10/15/39-53 sowie vorstehend E. 3.2).

Vor diesem Hintergrund sind von einer neurologischen Abklärung keine massgeblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157).

Dass sich der psychovegetative Schwindel der Beschwerdeführerin invalidisierend auswirkt, ist sodann nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, 4.5

Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, so geht aus den medizinischen Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin nach dem im Sommer 2013 erlittenen Herzinfarkt depressive und Angstsymptome entwickelte (Urk. 10/18 Ziff. 1.4) und sie seit Februar 2014 bei

Dr. G.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung steht. Im Frühjahr 2015

weilte sie zudem während eines Monats stationär in der Klinik Z.\_\_\_\_ zur psychosomatischen Rehabilitation.

Dr. G.\_\_\_\_ und die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_

diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (mit somatischem Syndrom) beziehungsweise eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und eine Panikstörung, wobei Dr. G.\_\_\_\_

der Beschwerdeführerin eine höchstens 40%ige und die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ - soweit ersichtlich unter Berücksichtigung auch der von ihnen genannten somatischen Diagnosen - eine höchstens 50%ige Rest arbeitsfähigkeit attestierten (vorstehend E. 3.6, E. 3.15, E. 3.18). 4. 6

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2014 vom 26. Juni 2014 E.

### **E. 3.8**

und E. 3.13 ) ist zu entnehmen, dass

bei der Beschwerdeführerin mittels der im Frühjahr 2014 eingeleiteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie im Verlauf des Jahres 2014 eine Besserung vor allem der depressiven aber auch der Angstsymptomatik erzielt werden konnte. Die Depression der Beschwerdeführerin sprach mithin auf die Behandlung an, wie es bei einer entsprechenden Diagnose nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung im Allgemeinen auch

üblich

ist (vorstehend E. 4.6). Dieser Umstand spricht gegen das Vorliegen einer in validisierenden depressiven Störung.

Ab Herbst 2014 ist zwar wiederum eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes der Beschwerdeführerin beschrieben, weshalb Dr. G.\_\_\_\_ einen Aufenthalt

in der Klinik Z.\_\_\_\_ veranlasste. Aus den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.8 und E. 3.13) und auch aus dem Bericht der Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.15) geht hervor, dass die bei der Beschwerdeführerin erhobenen psychiatrischen Symptome

eng verwoben sind mit den von ihr

geklagten zahlreichen

körperlichen Schmerzen, welche - wie dargelegt (vorstehend E. 4.1-4) - jedoch nur bedingt ein organisches Korrelat haben.

Soweit die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ im Psychostatus (Urk. 10/87 Ziff.

### **E. 3.13**

Am 4. April 2015 (Urk. 10/69) berichtete Dr. G.\_\_\_\_, im Sommer 2014 sei eine Besserungstendenz vor allem der depressiven Symptomatik feststellbar gewesen. Auch die Panikattacken seien seltener aufgetreten und in ihrem Ausmass für die Beschwerdeführerin erträglicher gewesen. Anfangs September 2014 sei es aber zu einer Zunahme verschiedener Schmerzen (Brust, Magen, Beine, Knie) gekommen, worauf die Beschwerdeführerin sehr empfindlich reagiert habe. Die Panikattacken zusammen mit hohen Blutdruckwerten hätten aus unklaren Gründen stark zugenommen. Die Zunahme der Schmerzen habe sich auf das

psychische Zustandsbild sehr negativ ausgewirkt. Trotz der konsequenten ambulanten Therapie sei es zu einem Rückfall der depressiven und Angstsymptome gekommen. Um einen therapeutischen Durchbruch beziehungsweise eine Besserung zu erzielen, sei eine psychosomatische stationäre Therapie dringend nötig ( Ziff.

#### **E. 6**

In seinem Bericht vom 4. April 2014 ( Urk. 10/18) nannte Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen ( Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ( ICD-10 F32.11), bestehend seit Sommer 2013

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, die aktuelle Behandlung habe erst begonnen und bestehe aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen einmal pro Woche und einer Psychopharmakotherapie ( Ziff. 1.5). Da die Beschwerdeführerin kürzlich ihre Arbeitsstelle verloren habe, was die Genesung erfahrungsgemäss erschwere, seien sehr wahrscheinlich berufliche Massnahmen nötig ( Ziff.

#### **E. 8**

Am 25. September 2014 ( Urk. 10/35)

berichtete Dr. G.\_\_\_\_, trotz der von der Beschwerdeführerin geklagten zahlreichen somatischen Beschwerden sei es zu einer leichten Besserung vor allem der depressiven Symptome gekommen ( Ziff. 1.4). Eine weitere Besserung sei mittelfristig zu erwarten. Dabei wäre eine Begleitung der Beschwerdeführerin im Rahmen beruflicher Massnahmen wichtig ( Ziff. 1.8). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin Packerei attestierte Dr. G.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin bis auf Weiteres weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.6). 3.

#### **E. 9**

Dr. med. I.\_\_\_\_, leitender Arzt Kardiologie, D.\_\_\_\_, berichtete am 16. Oktober 2014 ( Urk. 10/37 /1-11 ). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - NSTEMI am 12. Juli 2013 bei koronarer Eingfässerkrankung mit in der Folge minimal invasiver Bypassoperation - belastungsinduziertes Vorhofflimmern, ED Juli 2011 - Angst- und Anpassungsstörungen

Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, von kardiologischer Seite bestünden keinerlei Einschränkungen. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit ( Ziff. 1.7). Spätestens seit Februar 2014 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.9). 3.

#### **E. 10**

Am 10. November 2014 ( Urk. 10/40) berichtete Dr. F.\_\_\_\_, seit seinem letzten Bericht vom 6. März 2014 (vorstehend E. 3. 5 ) habe sich die Situation nicht verbessert ( Ziff. 1.4). 3.

#### **E. 11**

Am 12. Dezember 2014 unterzog sich die Beschwerdeführerin im D.\_\_\_\_ einer Kniearthroskopie (KAS) mit Teilmeniskektomie (TME) des medialen Hinterhorns links. Im Bericht vom gleichen Tag ( Urk. 10/53) nannten die Ärzte des D.\_\_\_\_

als

Diagnose n eine

medialbetonte

Chondromalazie Grad III des mediale n

Tibiaplateaus und eine degenerative radiäre Rissbildung des medialen Meniskus im Knie links . Für die Zeit vom 12. bis 31. Dezember 2014 attestierten sie der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit. 3.

**E. 12**

PD Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Kardiologie, nannte in seinem Bericht vom 20. Februar 2015 ( Urk. 10/77/11-17) gleichlautende Diagnosen wie Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E.

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