

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00208 vom 12. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00208](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00208)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00208 du 12 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00208 del 12 maggio 2016

## Erwägungen

### E. 1

Die 1956 geborene und als Reinigungsmitarbeiterin im Stundenlohn teilzeitlich erwerbstätig gewesene X.\_\_\_\_ meldete sich am 24. November 2012 unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Nachdem die Verwaltung mit Verfügung vom 11. November 2013 den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint hatte (Urk. 7/25), wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 19. März 2014 die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an diese

zurück, damit sie die Abklärungen des medizinischen Sachverhalts vervollständige und hernach, allenfalls nach einer Abklärung der Einschränkung im Haushaltsbereich, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin erneut entscheide (Prozess Nr. IV.2013.01140, Urk. 7/36). Darauf hin holte die IV-Stelle aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte

Dres. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin,

sowie A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, ein (Urk. 7/43-44). Weiter beauftragte sie Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH B.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, sowie Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer interdisziplinären

Abklärung (internistisch-rheumatologisches Gutachten vom 22. August 2015, Urk. 7/56 /1-50, und psychiatrisches Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung vom 28. August 2015, Urk. 7/58 /1-12). Nach Durchführung des Vorbescheidsverfahrens (Urk. 7/64 ff.) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Januar 2016 das Leistungsbegehren der Versicherten erneut ab (Urk. 2).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG).

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

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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 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. 1).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei 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).

### **E. 1.4**

Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 1.

## **E. 2**

IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1.

## **E. 3**

ATSG; spezifische Methode; statt vieler BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). 1.

### **E. 3.1**

Der die Beschwerdeführerin seit 25. September 2012 behandelnde Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 20. Dezember 2012 (Urk. 7/10) die Diagnose einer seit Ende Juni 2012 bestehenden mittel- bis schwergradigen depressiven Episode. Daneben diagnostizierte er Rückenschmerzen. Weiter führte er aus, die depressive Störung habe nach dem Tod des Cousins der Beschwerdeführerin am 25. Juni 2012 begonnen. Es bestehe ein depressives Syndrom mit Verlangsamung, Weinneigung und ausgeprägter Reduktion der Vitalgefühle. Unter Fortsetzung der Therapie sei eine Besserung der depressiven Symptome zu erwarten. Die Krankschreibung erfolge durch den Hausarzt. Eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit sei noch nicht sicher absehbar.

### **E. 3.2**

Der Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 31. Dezember 2012 (Urk. 7/14 /1 5 )

in Anlehnung an eine erste Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ im Therapiebericht vom 5. Oktober 2012 (Urk. 7/14/6-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) seit 25. Juni 2012 - DD depressive Störung ausgelöst durch familiären Trauerfall - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont, intermittierend sensibles Reizsyndrom L5 bei flacher linkslateraler Diskushernie L4/5 (CT LWS 5.12.2002) seit 1999 - Chronisches cervikovertebrales Syndrom

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass er sodann einer arteriellen Hypertonie bei. Dr. Z.\_\_\_\_ berichtete weiter, seit dem Todesfall am 25. Juni 2012 sei die Beschwerdeführerin apathisch und depressiv. Sie fühle sich schwach, sitze nur herum, verlasse die Wohnung nicht mehr, kümmere sich nicht mehr um die Hausarbeit und gehe nicht mehr in die Physiotherapie. Infolge der ausgeprägten depressiven Verstimmung mit Antriebslosigkeit sei sie seit 26. Juni 2012 zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 3.3**

Im Bericht vom 31. Mai 2013 (Urk. 7/20 / 1-5 ) stellte Dr. Z.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Mittelgradige bis schwere depressive Episode seit 25. Juni 2012 - ausgelöst durch familiären Trauerfall - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont, intermittierend sensibles Reizsyndrom L5 bei flacher linkslateraler Diskushernie L4/5 (CT LWS 5.12.2002) seit 1999 - Chronisches cervikovertebrales Syndrom

Daneben bestünden eine arterielle Hypertonie sowie ein Vitamin B12-Mangel . Im Übrigen wiederholte der Hausarzt seine früheren Angaben.

### **E. 3.4**

Im Verlaufsbericht vom 17. Juni 2013 (Urk. 7/21) stellte Dr. A.\_\_\_\_ die

Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode . Zwar zeige sich eine leichte Stimmungsbesserung , jedoch bestünden weiterhin eine ausgeprägte Antriebsstörung sowie

deutliche Schlafstörungen . Die Beschwerdeführerin lehne eine stationäre psychiatrische Behandlung weiterhin ab. Eine Erwerbstätigkeit sei aktuell nicht möglich. Ein Ende der Erwerbsunfähigkeit sei nicht abzuschätzen.

### **E. 3.5**

Nachdem das hiesige Gericht mit Urteil vom 19. März 2014 (Prozess Nr. IV.2013.01140) die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und allenfalls zur Abklärung der Einschränkung im Haushaltsbereich zurückgewiesen hatte, holte die se aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte bei.

Dr. A.\_\_\_\_

diagnostizierte

im Bericht vom 19. Juni 2014 (Urk. 7/43) wieder eine mittel- bis schwergradige depressive Episode sowie ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom . Die Schlafstörung sei unter Mirtazapin etwas besser geworden. Die kognitive Verhaltenstherapie sei durch die fehlenden Deutsch-Kenntnisse erschwert. In den letzten Wochen zeichne sich eine geringe weitere Besserung der depressiven Symptomatik ab. Auffällig jedoch sei das Persistieren einer kognitiven Einschränkung auch in den Phasen mit etwas besserer Stimmung. In Anbetracht der Länge der depressiven Symptomatik, einschliesslich der kognitiven Symptome und der somatischen Beschwerden erscheine die Prognose bezüglich des Wiedererreichens der Arbeitsfähigkeit weniger gut. Seit Behandlungsbeginn am 25. September

2012 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 3.6**

Von der gleichen psychiatrischen Diagnose ging auch Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Juni 2014 (Urk. 7/44 /1-5 ) aus. Daneben diagnostizierte er ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L4 und L5 bei Diskushernie L4/5 links, Facetten gelenksarthrose sowie ein chronisches cervicovertebrales Syndrom . Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er sodann eine arterielle Hypertonie sowie einen

Vitamin B12-Mangel auf.

Weiter führte der Hausarzt aus, durch die regelmässige psychiatrische Behandlung sei es zu einer teilweisen Besserung der depressiven Symptomatik gekommen. Die Beschwerdeführerin verlasse jetzt auch ohne Begleitung die Wohnung. An den Haushaltsarbeiten beteilige sie sich kaum . Die gegenwärtige Behandlung bestehe in monatlichen Konsultationen bei Dr. A.\_\_\_\_ und ihm. Als Reinigungsangestellte mit einem Pensum von 5 Stunden pro Tag sei die Beschwerdeführerin vom 26. Juni 2012 bis 30. Mai 2014 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab 1. Juni 2014 sei sie zu 50 % arbeitsfähig.

### **E. 3.7**

.1

In der interdisziplinären Zusammenfassung vom 28. August 2015 (Urk. 7/58 S. 10 ff.) stellten die Gutachter Dres .

B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10): 1. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), gegenwärtig weitgehend remittiert 2. Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei

linksbetontem medio dorsalem Bandscheibenprolaps L4/ L5 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 links und L5 links, bildgebend seit Jahren im Wesentlichen unverändert, CT 12/2002 gegenüber CT 04/2014 und CT 08/2015, kein Nachweis einer Lumbalen Instabilität (funktionelles Röntgen 08/2015), ohne radikuläre Zeichen

Keine

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter dagegen folgen den weiteren Diagnosen bei: 1. Ausgedehnte chronische Schmerzen 2. Adipositas Grad I (BMI 34.1 kg/m<sup>2</sup>) 3. Arterielle Hypertonie mit medikamentöser Therapie 4. Hypercholesterinämie (5.6 mmol/l)

Aus psychiatrisch-rheumatologischer Sicht wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. Juni 2012 bis 30. Mai 2014 sowie von 50 % vom 1. Juni 2014 bis Ende Juni 2015 attestiert. Ab Juli 2015 sei die Beschwerdeführerin für eine den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

In der angestammten Tätigkeit sei sie für leichte Reinigungsarbeiten mit Hantieren von Lasten bis zu 12,5 kg

weiter zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/58 S. 10). 3.

## **E. 5**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9). 1.

### **E. 5.1.1**

Sollten

die weiteren Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes eine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergeben, stellt sich die Frage nach der Qualifikation der Beschwerdeführerin. In der angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2016 äussert sich die Beschwerdegegnerin nicht dazu (Urk. 2; vgl. auch Feststellungsblatt für den Beschluss vom 24. November 2015, Urk. 7/63). Im Feststellungsblatt für den Beschluss vom 24. September 2013 ging sie von einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 23 % aus, womit

77 % eines Vollpensums auf das Haushaltsbereich fielen (Urk. 7/22 S. 4).

### **E. 5.1.2**

Dieser Qualifikation kann nicht gefolgt werden, denn nach Lage der Akten

war die Beschwerdeführerin bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens im Juni 2012 im Rahmen zweier Anstellungen als Reinigungsmitarbeiterin tätig

(vgl. dazu insbesondere den von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Auszug vom 5. Juni 2014 aus dem Individuellen Konto der Versicherten, Urk. 7/42).

Laut Arbeitgeberfragebogen vom 28. Januar 2013 war die Beschwerdeführerin bei der Firma G.\_\_\_\_ AG ab 2000 bis zur Entlassung aus gesundheitlichen Gründen per 31. März 2013 mit einem Pensum von 23 % (9.75 Stunden pro Woche bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 42 Wochenstunden)

angestellt.

Nähere Angaben zum zweiten Arbeitsverhältnis finden sich in den von der Beschwerdegegnerin 2012 und wieder im Juni 2014 beigezogenen Akten des Kollektiv-Taggeldversicherers (Urk. 7/2, Urk. 7/45-46). Gemäss Krankmeldung war die Beschwerdeführerin bei der H.\_\_\_\_ AG seit 17. Mai 2010 zu einem Beschäftigungsgrad von 30 % mit einer Arbeitszeit von 12.55 Stunden pro Woche bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 42.5 Wochenstunden angestellt (Urk. 7/2/4 = Urk. 7/46/4). Dieses Arbeitsverhältnis wurde infolge Arbeitsunfähigkeit auf den 31. Dezember 2012 aufgelöst (vgl. Meldung des Firmenaustritts vom 9. September 2012, Urk. 7/2/3). Unter diesen Umständen ist die Auskunft einer Mitarbeiterin der H.\_\_\_\_ AG auf dem am 8. Januar 2013 unausgefüllt retournierten Arbeitgeberfragebogen, wonach die Beschwerdeführerin seit 20. August 2008 nicht mehr bei ihnen angestellt sei (Urk. 7/15/8; vgl. ferner Eingangsdatum des Dokuments bei der Beschwerdegegnerin gemäss Aktenverzeichnis), offensichtlich unkorrekt. Diese Auskunft hätte die Beschwerdegegnerin

veranlassen sollen, die H.\_\_\_\_ AG auf ihr Versehen aufmerksam zu machen und sie zum Ausfüllen des Arbeitgeberfragebogens anzuhalten. Da sie dies unterlassen hat, fehlen Angaben der Arbeitgeberin zu diesem für die Statusfrage wichtigen Arbeitsverhältnis.

### **E. 5.1.3**

Bei dieser Aktenlage bestehen gewichtige Indizien dafür, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens mit einem Pensum von deutlich mehr als 23 % erwerbstätig war, weshalb die Beschwerdegegnerin bei Bejahung einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit

nach Ergänzung der Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes die Frage der Qualifikation noch

abschliessend klären müssen.

### **E. 5.2**

Besteht bei der Beschwerdeführerin ein Aufgabenbereich, sind weiter die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im nichterwerblichen Bereich in geeigneter Form abzuklären.

Dabei ist zu beachten, dass bei der Beurteilung der Einschränkung von psychisch Erkrankten im Haushalt den ärztlichen Stellungnahmen in der Regel mehr Gewicht

einzuräumen ist als dem Bericht über die Haushaltsabklärung. Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 zweiter Satz der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) ist zwar für gewöhnlich die geeignete Vorkehr zur Bestimmung der Behinderung im Haushalt. Der Abklärungsbericht ist jedoch seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86, Urteil des Bundesgerichts 9C\_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2),

weshalb darauf nicht a priori verzichtet werden darf.

Darüber hinaus liegen bei der Beschwerdeführerin gemäss dem beweiskräftigen rheumatologisch-internistischen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ physisch bedingte Beeinträchtigungen vor, welche sich offenbar auf die Haushaltsführung auswirken, so dass der Ehemann der Beschwerdeführerin einen Teil ihrer Aufgaben übernehmen muss (vgl. vorne E. 3.7.2). 6.

#### **E. 6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1.

#### **E. 7**

. 3

Der psychiatrische Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ gab im psychiatrischen Gutachten vom 28. August 2015 (Urk. 7/58/1-12) an, die von der Beschwerdeführerin beschriebene und aktenmässig dokumentierte depressive Symptomatik sei auf einen Todesfall in der Familie zurückzuführen und damit initial einer verlängerten Trauerreaktion und Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach ICD-10 zuzuordnen. Die aktenmässig postulierte mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik sei auch anlässlich der Exploration vom 15. Juli 2015 anamnestisch erhoben worden, weshalb der Beschwerdeführerin aus Sicht des Referenten eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik bestätigt werden könne. Die eingeleiteten therapeutischen Massnahmen hätten zu einer subjektiven Verbesserung des psychischen Zustandes geführt, was auch den Akten zu entnehmen sei. Der Beschwerdeführerin sei dementsprechend ab 1. Juni 2014 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Bericht des Hausarztes Dr. Z.\_\_\_\_

vom 20. Juni

2014, Urk. 7/44/1-5). Anlässlich der Exploration vom 15. Juli 2015

habe sie nur noch eine leichte depressive Symptomatik ohne Einschränkungen der psychokognitiven Funktionen auf gewiesen, weshalb von einer weitgehenden Remission der depressiven Anpassungsstörung ausgegangen werden könne. Bei der Beschwerdeführerin seien keine Einschränkungen der mnestischen Funktionen, keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Störungen der affektiven Schwingungsfähigkeit, des Antriebs und der Psychomotorik festzustellen, weshalb ihr aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden könne. Die Beschwerdeführerin könne sämtliche Tätigkeiten ihrem Bildungsniveau entsprechend ohne Einschränkungen ausführen. Für Tätigkeiten im Haushalt habe sie nie eine längere Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 8 f.). 4. 4.1

Das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. August

2015 (Urk. 7/56/1- 50 ) entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es beruht sodann auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in internistisch-rheumatologischer Hinsicht und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Die Gutachterin schilderte ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzte sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben und sie leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet.

Insbesondere würdigte

Dr. B.\_\_\_\_

die Diskrepanz zwischen den diskret organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen und den subjektiv geklagten Beschwerden sowie dem unter Ablenkung gezeigten Verhalten. Sie verwies auf die von ihr nach der klinischen Untersuchung veranlassten bildgebenden Abklärungen von Hals- und Lendenwirbelsäule sowie beider Hände und verglich die aktuellen Befunde mit den bei den Akten liegenden älteren Bildgebungen und den teilweise widersprüchlichen Befunden der klinischen Untersuchung. Darauf gründen die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen der Gutachterin.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass

sich den medizinischen Vorakten

keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der körperlichen Beschwerden entnehmen lässt. Vielmehr begründete der Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ die Krankschreibung ab Juni 2012 ausschliesslich mit der depressiven Symptomatik

( Berichte vom 31. Dezember

2012, 31. Mai

2013 und 20. Juni

2014; Urk. 7/14/1-5 S. 3, Urk. 7/20/1-5 S. 3, Urk. 7/44/1-5 S. 3 ), woraus zu schliessen ist, dass die Beschwerdeführerin im Umfang der bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit infolge der körperlichen Beschwerden nie im relevanten Umfang eingeschränkt war. 4. 2 4.2.1

Bei der Würdigung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C. \_\_\_ vom 28. August 2015 (Urk. 7/58 /1-12 ) fallen mit Bezug auf die rückblickende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin Ungereimtheiten auf . 4.2.2

So übernahm Dr. C. \_\_\_ auf S. 8 seines Gutachtens für die Zeit vor seiner Begutachtung die auf der Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode beruhende Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Ärzte . Er attestierte somit ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Juni 2012 bis 30. Mai 2014 und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vom 1. Juni 2014 bis Ende Juni 2015 (Urk. 7/58 S. 8). S. 9 des Gutachtens lässt sich entnehmen, dass zwar keine eigenständige depressive Störung bestätigt werden könne, jedoch " nicht auszuschliessen "

sei, dass die Beschwerdeführerin intermittierend unter einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung gelitten habe . Damit schwächt Dr. C. \_\_\_ die gerade vorhin attestierte erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wesentlich und entscheidend ab .

Auch

die Wahl des Wortes „intermittierend“ erweckt erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Einschätzung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % bis 100 % während der ununterbrochenen in diesem Zusammenhang langen Dauer von drei Jahren .

Zusammengefasst fehlt es somit an einer abschliessenden und rechtsgenügenden

Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zwischen dem 26. Juni 2012 und Ende Juni 2015 .

Unbestrittenermassen ist eine rückwirkende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit heikel , insbesondere wenn sich der Experte allfällig gegen die

Meinung der behandelnden Ärzte stellen muss, welche die Arbeitsfähigkeit durch ( echtzeitliche ) Zeugnisse festgelegt haben (vgl. dazu H. Fredenhagen , a.a.O , S. 112). Ausserdem darf und soll der Gutachter nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der gestellten Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich machen. Nichts destotrotz muss das Gutachten in sich schlüssig sein und die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten müssen prüfend nachvollzogen werden können (E. 1.7) . Dies ist vorliegend nicht der Fall, besteht doch ein e

gewisse

Unvereinbarkeit zwischen der vorbehaltlosen Attestierung einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor der Begutachtung und der vorsichtigen Annahme, dass eine mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik nicht ausgeschlossen werden kann und darüber hinaus lediglich

intermittierend bestanden haben mag . Zu dieser Ungereimtheit hat sich der Gutachter nicht geäussert. 4.2.3

Weiter wirft auch die gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) Fragen auf. Denn gemäss den Klassifikationskriterien wird unter F43.21 ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende

Belastungssituation erfasst, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert. Dauern die Symptome an, sieht die Richtlinie vor, dass die Diagnose in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen klinischen Bild geändert und die andauernden Belastungen unter Verwendung der Z Kodierungen, Kapitel XXI der ICD-10, gekennzeichnet werden soll ( Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [ F ] , Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 209 f.). Der Wechsel von der F-Kodierung zur Z-Kodierung der ICD-10 führt in der Rechtsanwendung zur Aberkennung einer für die Invalidenversicherung rechtserheblichen Gesundheitsschädigung (vgl. dazu u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C\_551/2015 vom 17. März 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Dementsprechend soll eine Anpassungs störung diagnostiziert werden, sofern selbst die Diagnose einer leichten depressiven Episode nicht möglich ist (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.2.2 mit Hinweis). Vor der Begutachtung präsentierte die Beschwerdeführerin aber offenbar mittelschwere bis schwere depressive Symptome, was in den Augen des medizinischen Laien kaum dem gemäss ICD-10 F43.21 als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation geforderten leichten depressiven Zustand entspricht. Selbst die behandelnden Ärzte , Dres . A.\_\_\_\_ und Z.\_\_\_\_ , welche zu Beginn der Erkrankung noch dieselbe Diagnose stellten ( Berichte vom 5. Oktober und 31. Dezember 2012; Urk. 7/14/6-8 und Urk. 7/14/1-5), entschieden sich bald für die anfänglich lediglich differenzialdiagnostisch aufgeführte Klassifizierung als mittel- bis schwergradige depressive Episode ( Berichte vom 20. Dezember 2012, 31. Mai und 17. Juni 2013 sowie 19. und 20. Juni 2014; Urk. 7/10, Urk. 7/20/1-5, Urk. 7/21, Urk. 7/43, Urk. 7/ 44 /1-5 ).

Sollte dagegen die Anpassungsstörung erst im Anschluss an eine mittel- bis schwergradige depressive Störung aufgetreten sein, stellt sich die Frage nach dem Nachweis der zeitlichen Abhängigkeit zwischen dem vom Gutachter als Auslöser bezeichneten Todesfall und der Anpassungsstörung. Diesbezüglich wird in ICD-10 eine Latenzzeit von einem bis drei Monaten angegeben ( Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O. ). 4.2.4

Angesichts des Antrags auf Zusprechung einer befristeten Rente (Urk. 1 S. 2) betrifft die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 26. Juni 2012 bis zur Begutachtung die Kernfrage des vorliegenden Verfahrens. Bei der vorliegenden Aktenlage kann über eine allfällige Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Symptomatik aber nicht abschliessend und rechtsgenügend entschieden werden, weshalb der medizinische Sachverhalt weiter hin abklärungsbedürftig ist . Ob das hiesige Gericht eine neue psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben hat (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), oder der Sachverhalt durch eine gemäss BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 durch die Beschwerdegegnerin zu veranlassende Präzisierung beziehungsweise Ergänzung der gutachtlichen Ausführungen erstellt werden kann, braucht vorliegend nicht beantwortet zu werden. Denn, wie nachfolgend darzu legen sein wird, besteht noch weiterer Abklärungsbedarf, weshalb die Sache zwecks besserer Koordination der verschiedenen Abklärungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzu weisen sein wird. 5.

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