

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00857 vom 8. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00857

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00857 du 8 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00857 del 8 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, Mutter von zwei Kindern (geboren 2004 und 2010), war zuletzt vom 16. Dezember 2010 bis 31. Mai 2011 bei der Putzfrauenagentur Y.____ GmbH, in einem Teilzeitpensum als Reinigungsmitarbeiterin angestellt, wobei der letzte Arbeitstag am 3. Februar 2011 war (Urk. 9/7 Ziff. 2.1, Ziff. 2.3, Ziff. 2.7 und Ziff. 2.9). Unter Hinweis auf einen seit 2005 bestehenden Bandscheibenvorfall und eine Nervenwurzelverdickung meldete sich die Versicherte am 28. Juni 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/3 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 9/12) und holte ein interdisziplinäres Gutachten ein, wobei das psychiatrische Teilgutachten am 21. Januar 2013 und das interdisziplinäre Gutachten am 17. Juli 2013 erstattet wurde (vgl. Urk. 9/53, Urk. 9/61).

Sodann veranlasste die IV-Stelle eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt, über welche am 27. Mai 2014 Bericht erstattet wurde (Urk. 9/93). Mit Vorbescheid vom 19. Juni 2014 (Urk. 9/82) stellte die IV-Stelle die Ausrichtung einer von 1. Februar bis 31. Oktober 2012 befristeten Zu sprache einer Dreiviertelsrente in Aussicht. Nach am 23. und am 28. Juli, am 13. August und am 13. Oktober 2014 von der Versicherten dagegen erhobenen Einwänden (Urk. 9/96, Urk. 9/99, Urk. 9/105, Urk. 9/109) veranlasste die IV-Stelle ein Verlaufsgutachten, wovon das psychiatrische Teilgutachten am 30. Oktober 2015 und das interdisziplinäre Gutachten am 27. Januar 2016 erstattet wurde (Urk. 9/139, Urk. 9/142). Am 11. April 2016 machte die Versicherte weitere Einwände geltend (Urk. 9/149). Mit Verfügung vom 13. Juni 2016 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine vom 1. Februar bis 31. Oktober 2012 befristete Dreiviertelsrente zu (Urk. 9/152 und Urk. 9/161 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht über windbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelische s Leiden mit Krankheitswert besteht, welche s die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

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

201

E. 1.3

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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalidenein kommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypothetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen über gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Inva lidi tätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommens ver gleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

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

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

E. 1.6

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E.

6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Absetzung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.7

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.8

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S.

218 E.

2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Der Abklärungsbericht ist 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. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung,

weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2, je mit Hinweisen). 2.

E. 2

).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2016 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 8. November 2016 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die vom 1. Februar bis 31. Oktober 2012 befristete Zusprache einer Dreiviertelsrente damit, die Beschwerdeführerin sei seit dem 7. Februar 2011 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Ohne Gesundheitsschaden würde sie in einem Pensum von 50 % und ab April 2013 in einem Pensum von 70 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen und die restlichen 50 % beziehungsweise 30 % entfielen auf den Aufgabenbereich.

Nach Ablauf des Wartejahres am

7. Februar 2012 sei die Beschwerdeführerin bis zum 13. Oktober 2012 zu 100 % in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Auch im Haushaltsbereich sei sie zu 36.45 % eingeschränkt gewesen. Ab Oktober 2012 sei ihr die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zu 75 % zumutbar. Bei weiterhin bestehender Einschränkung im Haushaltsbereich von 36 % resultiere sowohl bei einer Qualifikation als zu 50 % Erwerbstätige wie auch bei einer als zu 70 % Erwerbstätige ein rentenanspruchsausschliessender Invaliditätsgrad (Begründung der Verfügung S. 2 ff.).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, sie leide unter erheblichen Rückenbeschwerden, die seit Jahren persistierten, und sie sei bereits mehrfach am Rücken operiert worden. Die Operationen führten jedoch zu einer massiven Verschlechterung. Sie sei seit dem 7. Februar 2011 erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 f. lit. A). Auf die Einschätzung in den Gutachten könne nicht abgestellt werden, vielmehr sei diejenige der behandelnden Ärzte der Z. ___ und der A. ___, wonach keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei, zu berücksichtigen (S. 10 f. Ziff. 14-17). Die Haushaltsabklärung sei veraltet, und es sei bei der Berechnung des Invaliditätsgrades fälschlicherweise kein leidensbedingter Abzug gewährt worden (S. 11 Ziff. 18-19).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine unbefristete ganze Invalidenrente ab dem 1. Februar 2012. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Oberarzt Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie, C.____ Klinik, stellte in seinem Bericht vom 19. September 2012 (Urk. 9/47/7-8) folgende Diagnosen (S. 1) : - Dekompression der Nervenwurzel S1 und TLIF L5/S1 von rechts, fecit Dr. B.____, 13. April 2012 - Rezidiv-Diskushernie und perineurale Vernarbung sowie Destruktion Facettengelenk L5/S1 rechts mit - S1 Wurzelreizsyndrom rechts - Status nach zweimaliger Bandscheibenoperation L5/S1 rechts (D.____ vom 8. Februar und vom 22. März 2011) mit axonaler Schädigung der Nervenwurzel S1 rechts (EMG vom 22. Juni 2011)

Als Nebendiagnosen nannte Dr. B.____ eine Depression , eine Migräne und einen Status nach einer Zyste am Eierstock (S. 1).

Aufgrund der radiologischen Befunde könne eine direkte Nervenkompression durch das eingebrachte Implantat ausgeschlossen werden. Bei stabilem Sitz der Schraube sei eine segmentale Instabilität eher unwahrscheinlich. Dr. B.____ führte aus, er denke, dass mit operativen Massnahmen keine Symptomverbesserung erreicht werden könne, vielmehr müsse weiterhin versucht werden, mit intensiver Physiotherapie die Schmerzsituation zu verbessern. Er empfehle zudem eine Vorstellung in einer Schmerzklinik zur schmerztherapeutischen Betreuung. Aufgrund einer deutlichen psychischen Überlagerung sei auch eine psychiatrisch/psychologische Betreuung der Patientin absolut notwendig (S. 1 f.) 3.2

Die Ärzte der E.____ stellten in ihrem Bericht vom 25. September 2012 (Urk. 9/46) folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Lumboischialgie rechts - Dekompression der Nervenwurzel S1 und TLIF L5/S1 von rechts, fecit Dr. B.____, 13. April 2012 - Rezidiv-Diskushernie und perineurale Vernarbungen sowie Destruktion Facettengelenk L5/S1 rechts mit S1 Wurzelreizsyndrom rechts - Status nach zweimaliger Bandscheibenoperation L5/S1 rechts (D.____ vom 8. Februar und vom 22. März 2011) mit axonaler Schädigung der Nervenwurzel S1 rechts (EMG vom 22. Juni 2011) - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung

Die Ärzte führten aus, die Patientin sei vom 20. August bis 14. September 2012 bei ihnen zur psychosomatischen Rehabilitation hospitalisiert gewesen (S. 1).

Bei der Patientin bestünden chronische lumbale Schmerzen nach mehrfachen Diskushernien und Dekompressionen mit anschliessenden rezidivierenden depressiven Episoden und Hinweisen für eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung nach früheren Erfahrungen, die die Patientin jedoch hinter sich lassen und nicht mehr thematisieren wolle. Während des stationären Aufenthaltes habe sicherlich eine gewisse psychophysische Rekonditionierung erreicht werden können mit psychischer Aufhellung und Verbesserung des Gangbildes, so dass die Beschwerdeführerin ohne Rollator mobil gewesen sei. Es sei zu einer Verbesserung der Schmerzen unter gesteigerter analgetischer Therapie gekommen (S. 3 Mitte).

Die Ärzte führten aus, es sei bis zum 30. September 2012 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Anamnestisch sei für den 18. September 2012 eine Bildgebung der Lendenwirbelsäule (CT oder MRI) vorgesehen. Die Arbeitsfähigkeit sollte auch anhand der dann erhobenen Befunde und Beurteilung der nach behandelnden Neurochirurgen erfolgen. Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei ihres Erachtens kurz- bis mittelfristig aufgrund der Schmerzen noch nicht realistisch, hier sei auch der weitere psychotherapeutische Verlauf abzuwarten (S. 3 unten). 3.3

Die Beschwerdeführerin veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin. Die psychiatrische Begutachtung erfolgte durch Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Klinik G.____. Die somatische Untersuchung fand im H.____ statt.

Am 21. Januar 2013 erstattete Dr. F.____ das von der Beschwerdeführerin veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 9/53). Nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 11. Januar 2013 konnte Dr. F.____ keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennen (S. 1 und S. 5 Ziff. 5.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung mit Wut, Aggressionen, Anspannung, Stimmungseinbrüchen und Ängsten (ICD-10 F43.23) sowie eine Akzentuierung der Persönlichkeitszüge (S. 5 Ziff. 5.2). Dr. F.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in jeder angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Sie sei aus psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen, und aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten (S. 6 Ziff. 7.1-4).

Eine depressive Störung könne nicht bestätigt werden, ebenso wenig eine posttraumatische Belastungsstörung (S. 7 Ziff. 8.6).

Aufgrund der anamnestischen Angaben seien weder eine genetische Vulnerabilität noch Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen festzustellen. Prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert inklusive einer Persönlichkeitsstörung auch im Erwachsenenalter könnten klar ausgeschlossen werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben sei es bei der Explorandin seit Januar 2012 zu einer Verschlechterung ihres psychischen Zustandes gekommen, welcher seitdem geprägt sei durch emotionale Labilität, Wut gegenüber Chirurgen, anhaltende Anspannungen und Ängste sowie durch schmerzbedingte Schlafstörungen.

Dr. F.____ hielt fest, die geklagten Beschwerden der Explorandin könnten jedoch bei erhaltenen mnestischen Funktionen, fehlenden Antriebsstörungen und Störungen der Psychomotorik und fehlender anhaltend gedrückter Stimmung nicht einer depressiven Störung zugeordnet werden. Die vordergründig bestehende Affektlabilität, Wut und Resignation könnten damit einer Anpassungsstörung mit Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.34) sowie Akzentuierung der Persönlichkeitszüge zugeordnet werden (S. 6 Ziff. 6).

Zum psychiatrischen Befund führte Dr. F.____ aus, die Beschwerdeführerin wirke ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und sei allseits orientiert. Während des Gespräches habe sie auf die gestellten Fragen ohne Verzögerung geantwortet, was auf unauffällige mnestische Funktionen hindeute. Im formalen Denken sei sie geordnet, wenngleich ausgeprägt eingengt auf die angeblichen Fehler während der zweiten Operation. Inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben (S. 5 Ziff. 4.1).

Das interdisziplinäre Gutachten des H.____ vom 17. Juli 2013 (Urk. 7/61) ist von PD Dr. med. I.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, Dr. F.____ und J.____, Physiotherapeut, unterzeichnet. Die somatische Abklärung fand am 17. und 18. Januar 2013 im H.____ statt, wobei zusätzlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt wurde (S. 1).

Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnose (S. 9 Mitte): - chronisches, aktuell pseudoradikuläres lumbales Schmerzsyndrom mit sekundärer Ausweitung zu einem generalisierten Schmerzsyndrom - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 im Februar sowie März 2011, Status nach Fusion mit Cageeinlage L5/S1 Mai 2011 - epidurale narbige Veränderungen - bei mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts und S1-Reizsyndrom rechts - Osteochondrose L5/S1 mit begleitender Spondylarthrose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein dysfunktionelles Krankheitsverhalten, anamnestisch eine chronische Migräne, eine Ausweitung zu einem generalisierten Schmerzsyndrom, eine Anpassungsstörung mit Wut, Aggressionen, Anspannung und Stimmungseinbrüchen und Ängsten (ICD-10 F43.24) sowie eine Akzentuierung der Persönlichkeitszüge (S. 9 unten).

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus, aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 10 f. Ziff. 5.1).

Eine angepasste leicht bis knapp mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit mit nur kurz dauerndem Stehen in vorgeneigter Stellung und Überkopf könne aufgrund objektiv struktureller Veränderungen auch aus medizinisch-prognostischer Sicht nicht vollumfänglich ausgeübt werden. Es bestehe hier eine Notwendigkeit von zwei Stunden vermehrter Pausen pro Tag. Entsprechend bestehe aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht unter Annahme einer Ganztagestätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 %.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung. In diesem Sinne sei die zur Ausübung der zumutbaren Arbeitstätigkeit notwendige Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen auch aus psychiatrischer Sicht zumutbar. Entsprechend bestehe auch aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit (S. 11 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten aus, ein allfälliges arbeitsrelevantes Problem habe nicht erhoben werden können, da das Schmerzvermeidungsverhalten mit Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin während der Tests im Vordergrund gestanden habe. Ihre Leistungsbereitschaft sei als nicht zuverlässig zu beurteilen. Die Beobachtungen bei den Tests hätten auf eine deutliche Selbstlimitierung hingewiesen, und die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei gutem Effort mehr leisten könnte, als das, was sie bei den Leistungstests gezeigt habe (S. 10 Ziff. 4.1.1). Die abschließende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge daher aus ärztlich-medizinischer Sicht (S. 10 Ziff. 4.1.2) . 3.5

Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit führte PD Dr. I. ___ am 19. Dezember 2013 ergänzend aus (Urk. 9/64), unter Berücksichtigung der operativen Eingriffe vom 7. Februar und 31. Mai 2011 und der Spondylodese vom 13. April 2012 und der andauernden medizinischen Behandlung habe aktengestützt eine kontinuierliche 100%ige Arbeitsunfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten bestanden. Maximal sechs Monate nach der Spondylodese sei aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht mit dem Erreichen der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen. Dies stimme zeitlich in etwa mit der Entlassung aus der Rehaklinik K. ___ überein. Überwiegend wahrscheinlich

respektive praktisch sicher wären sechs Monate nach der Spondylodese, das heisse ab dem 14. Oktober 2012, die angestammte Tätigkeit zu 60 % und eine angepasste Tätigkeit zu 75 % zumutbar gewesen (S. 1).

Soweit im Rehabericht K.____ vom 25. September 2012 eine Arbeitsaufnahme aufgrund der Schmerzen als kurz- und mittelfristig noch nicht realistisch betrachtet und ausgeführt worden sei, das Ergebnis der Psychotherapie müsse noch abgewartet werden, müsse dies insofern entkräftet werden, als sich seither keine Veränderung subjektiv und objektiv ergeben habe. Aus psychiatrischer Sicht habe nie eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (Dr. F.____). Damit sei die Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen bei einer Arbeitsaufnahme auch zumutbar gewesen (S. 2). 3.6

Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 11. April 2014 (Urk. 9/76) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) - chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) - Verdacht auf Persönlichkeitsänderung bei schweren chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.8)

Dr. L.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 2. Oktober 2012 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle habe am 11. April 2014 stattgefunden (Ziff. 1.2). Der Patientin gehe es sehr schlecht, sie habe massive Schmerzen, und es sei zu einem grossen Gewichtsverlust gekommen. Zum ärztlichen Befund führte Dr. L.____ aus, die Beschwerdeführerin liege seit einigen Wochen praktisch nur noch im Bett. Die Prognose sei schlecht (Ziff. 1.4). Die Patientin müsse stationär behandelt werden (Ziff. 1.5). Bis sie etwa Mitte Juni 2014 aus der Klinik zurück sei, sei keine abschliessende Aussage möglich (Ziff. 1.11). 3.7

Die Fachpersonen der A.____, Zentrum für Verhaltensmedizin, M.____, stellten in ihrem Bericht vom 15. Mai 2014 (Urk. 9/79) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-20 F62.8) - latrogen induzierte Opiatabhängigkeit, da als Schmerzmittel verordnet (ICD-10 F11.2) - Lumboischialgie rechts - Status nach Dekompression der Nervenwurzel S1 und TLIF L5/S1 rechts am 13. April 2012 (D.____) - Rezidiv-Diskushernie und perineurale Vernarbung sowie Destruktion des Facettengelenk L5/S1 rechts mit S1 Wurzelreizsyndrom rechts - Status nach zweimaliger Bandscheibenoperation L5/S1 rechts (D.____ vom 8. Februar und 22. März 2011) mit axonaler Schädigung der Nervenwurzel S1 rechts. - Migräne

Die Fachpersonen führten aus, die Patientin habe sich vom 15. April bis 10. Mai 2014 stationär in ihrer Rehabilitationsbehandlung befunden (S. 1). Aus der Zusammenschau der Befunde, in Anbetracht der andauernden Persönlichkeitsveränderung und den damit nicht gegebenen Voraussetzungen zur Bewältigung der schweren Depression und der Schmerzstörung und aufgrund der Beobachtungen und Erfahrungen, die sie bei der Patientin im stationären Rahmen gemacht hätten, sei von zahlreichen und gravierenden Einschränkungen auszugehen. Die allgemeine Belastungsfähigkeit der Patientin, ihre Stresstoleranz und ihr Durchhaltevermögen seien neben sicherlich zudem vorhandenen somatischen Einschränkungen derart vermindert, dass aus ihrer Sicht von einem aufgeho

be nen beruflichen Leistungsvermögen ausgegangen werden müsse (S. 10 Ziff. 10).

Die Fachpersonen hielten fest, das vorliegende Beschwerdebild habe sich vor dem Hintergrund einer belasteten Biographie mit wohl traumatisch verarbeiteten Kriegserlebnissen und weiteren familiären Belastungen und dem somatisch chronischen Krankheitsverlauf nach Bandscheibenoperation entwickelt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer bestehenden Persönlichkeitsveränderung falle es der Patientin schwer, sich adäquat mit ihrer Situation und der Schmerzproblematik auseinanderzusetzen (S. 9 Mitte). 3.8

Die Ärztinnen der Z.____ stellten in ihrem Bericht vom 8. September 2014 (Urk. 9/106/2-10) folgende Diagnosen (S. 7 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung und bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.0, F62.8) - psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide; Abhängigkeitssyndrom unter Analgetika-Therapie (ICD-10 F11.2) - Lumboischialgie rechts - Migräne

Die Ärztinnen der Z.____ führten aus, die Versicherte habe sich am 19. August 2014 zum ambulanten psychiatrischen Assessment in ihrer Klinik vorgestellt (S. 1). In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit erscheine aktuell und bis auf weiteres vor dem Hintergrund der depressiven und der somatischen Erkrankung nicht realistisch (S. 8 Mitte).

Bei der Hamilton-Depressions-Skala habe die Beschwerdeführerin insgesamt 31 Punkte erreicht, was als schwere Depression gewertet werden könne. Auch das Beck-Depressions Inventar habe auf eine schwere depressive Symptomatik hingewiesen, und auch das MINI-ICF-APP Rating habe massive Einschränkungen gezeigt (S 5 f. Ziff. 1-3).

Die Ärztinnen der Z.____ führten aus, die Versicherte leide unter Anhedonie, Affektinkontinenz, Interessenverlust, Antriebsarmut, rascher Ermüdbarkeit und unter sozialem Rückzug. Das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl seien reduziert. Gefühle von Hoffnungslosigkeit, negative Zukunftsperspektiven und Lebensüberdruß bestimmten ihr Denken. Die auffälligen kognitiven Defizite seien nur zum Teil im Rahmen der depressiven Erkrankung zu werten und teilweise auch auf die medikamentöse Therapie mit Opioid-Analgetika zurück zu führen.

Differenzialdiagnostisch könne eine Erkrankung aus dem somatoformen Spektrum (ICD-10 F45) diskutiert werden. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Symptomatik und unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten könne im Rahmen des Assessments jedoch nicht nachgewiesen werden. Hartnäckige Forderungen nach weiteren Abklärungen oder ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten der Beschwerdeführerin stünden eben falls weniger im Vordergrund (S. 6 Mitte).

Ebenfalls zu diskutieren sei die vorbeschriebene Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) beziehungsweise eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8). Die Versicherte habe sich während der Exploration auffallend dysphorisch gereizt, agitiert, affektinkontinent und mit inhaltlicher Einengung auf den ihr durch die operierenden Ärzte zugefügten gesundheitlichen Schaden gezeigt. Ein geordnetes Gespräch und somit eine

umfassende Exploration sei nicht möglich. Eine abschliessende Persönlichkeitsdiagnostik sei im Rahmen eines ambulanten dreistündigen Assessments kaum möglich, und eine korrekte diagnostische Einschätzung erst nach längerer Behandlung und dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung (S. 6 unten). Die in den Vorbefunden beschriebene Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach Kriegserlebnissen habe sich im Rahmen ihrer Begutachtung nicht eindeutig klären lassen. Aus der Exploration hätten sich keine Anhaltspunkte für Flashbacks oder Alpträume ergeben (S. 7 oben). 3.9

Dr. F. ___ nannte in seinem Verlaufsgutachten vom 30. Oktober 2015 (Urk. 9/139) nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2015 (S. 1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43. 2 1). Er konnte keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennen (S. 7 Ziff. 5.1-2). Bei der Explorandin sei aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit objektivierbar (S. 9 Ziff. 7.1-2).

Dr. F. ___ führte aus, seit der Anfang 2013 erfolgten ersten Begutachtung werde eine deutliche Verschlechterung vor allem des psychiatrischen Gesundheitszustandes postuliert (S. 7 Ziff. 6). Während des Gespräches habe die Beschwerdeführerin keine Gedächtnisstörungen, Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen oder Konzentrationsstörungen aufgewiesen. Im formalen Denken sei sie leicht verlangsamt gewesen, was mindestens teilweise auf eine Medikamentenüberdosierung beziehungsweise -übersiedierung zurückzuführen sei. Die Explorandin habe über optische und akustische Halluzinationen berichtet, sei aber der mehrmaligen direkten Frage, ob sie die Halluzinationen als realistisch oder als realitätsfremd bewerte, ausgewichen. Auch während der Schilderung der Halluzinationen während der Untersuchung seien bei der Explorandin keine geistige Abwesenheit und auch keine vegetativen Reaktionen beobachtet worden, was gegen ein psychotisches Erleben spreche. Auch eine Ängstlichkeit während der Schilderung habe gefehlt. Die Explorandin sei im Affekt vordergründig resigniert und dysphorisch gereizt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert, was auch teilweise auf die Medikamentenüberdosierung zurückzuführen gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe über Suizidgedanken und geplante Suizidhandlungen berichtet, was bei fehlender Psychopathologie allerdings nicht auf eine psychiatrische Krankheit zurückzuführen sei (S. 8 oben).

Dr. F. ___ hielt fest, auch der von der Explorandin geschilderte Tagesablauf habe einige Widersprüchlichkeiten aufgewiesen. Einerseits habe sie sich äusserst unbeholfen präsentiert, andererseits sei sie aber in der Lage, morgens regelmässig um 7.00 Uhr aufzustehen und ihre Kinder für die Schule vorzubereiten. Bei inkonsistentem Verhalten der Explorandin und festgestellter Medikamentenübersiedierung sei es ihm mit bestem Wissen und Gewissen nicht möglich, das effektive Leiden der Beschwerdeführerin genau zu eruieren und mit einer Diagnose zu erfassen. Die erhobenen anamnestischen Angaben anlässlich der Untersuchung durch den Referenten am 11. Januar 2013 und am 21. Oktober 2015 schlossen bei der Beschwerdeführerin sowohl eine genetische Vulnerabilität als auch Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen aus. Auch ein Ausbruch einer Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenalter könne bei ihr ausgeschlossen werden. Damit könne bei ihr aus dem psychiatrischen Fachgebiet in diagnostischer Hinsicht nach einer schmerzbedingten Verschlechterung der Lebenssituation

höchstens von einer Anpassungsstörung, initial mit Wut, Aggressionen, Anspannungen und Stimmungseinbrüchen und Ängsten sowie seit der ersten Begutachtung beim Referenten am 11. Januar 2013 aktenmässig von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ausgegangen werden (S. 8 Mitte).

Die Schilderung der Explorandin bezüglich der psychotischen Symptome sei als nicht plausibel anzunehmen. Es ergäben sich weiterhin keine Hinweise (anamnestisch und aktenmässig) auf schwerwiegende bewusste/unbewusste emotionale Konflikte oder auf eine schwerwiegend belastende psychosoziale Situation, womit ihr auch keine Störung aus dem somatoformen Formenkreis postuliert werden könne. Auch die postulierte andauernde Persönlichkeitsänderung bei jahrelangen chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.8) könne nicht bestätigt werden, weil die Explorandin anlässlich der Exploration depressive und psychotische Symptome und nicht ihre Behandlung eines chronischen Schmerzsyndroms in den letzten zwei Jahren als Hauptproblem angegeben habe.

Dr. F. ___ führte aus, zusammenfassend könne bei der Explorandin aufgrund der anamnestischen Angaben und aktenmässig beanspruchter therapeutischer Massnahmen von einer gegenwärtigen Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ausgegangen werden, was aber ihre Arbeitsfähigkeit nie nachhaltig eingeschränkt habe (S. 8 unten).

Im Falle einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion benötige die Explorandin eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive einer Gesprächspsychotherapie und Psychopharmakotherapie. Die derzeitige psychopharmakologische Behandlung habe zu der festgestellten Medikamentenübersiedierung geführt, weshalb eine dringend eine Optimierung vorzunehmen sei. Eine antidepressive Behandlung mit Cymbalta 60 mg täglich rechtfertige die postulierten schweren depressiven Episoden und von der Explorandin zusätzlich geschilderten psychotischen Symptome nicht (S. 9 Ziff. 8.1).

Objektiv könne bei der Explorandin keine schwere depressive Symptomatik bestätigt werden, unter anderem weil auch die durchgeführten medikamentösen Behandlungen den Vorschriften von Behandlungen schwerer depressiver Episoden nicht entsprechen (S. 9 Ziff. 8.4).

Die Explorandin fühle sich zu 100 % arbeitsunfähig, wobei bei ihr aus psychiatrischer Sicht keine objektiven Tatbestände festzustellen seien, welche für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sprächen (S. 10 Ziff. 8.5). 3.10

Die Ärzte der N. ___ stellten in ihrem Bericht vom 2. November 2015 (Urk. 9/148) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Lumboischialgie rechts, Status nach mehrfachen Rücken-Operationen seit April 2014

Die Ärzte der N. ___ führten aus, die Beschwerdeführerin sei vom 10. September bis 3. Oktober 2015 in ihrer Klinik gewesen. Die Zuweisung sei freiwillig durch die Hausärztin der Patientin erfolgt. Sie leide seit Jahren unter einem chronischen Schmerzsyndrom nach mehreren Rückenoperationen. Seit einem Monat habe sie aus unklaren Gründen verstärkte Kopfschmerzen sowie drängendes Stimmenhören mit Aufforderung zum Suizid (S. 2 oben).

Zum Psychostatus führten die Ärzte aus, die Patientin sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Aufmerksamkeit, Gedächtnis und formales Denken seien

unauffällig.

An Sinnestäuschungen bestehe seit Jahren ein rezidivierendes Stimmenhören, welches kommentierend sei, oder optische Halluzinationen (Chirurg, welcher sie erstmalig operiert habe, nähere sich ihr mit bedrohlichen Gebärden). Es bestehe kein Hinweis auf Ich-Störungen. Der Affekt sei von Hoffnungs- und Freudlosigkeit geprägt. Der Antrieb sei subjektiv und objektiv stark reduziert (S. 2 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen der Therapien insgesamt fixiert und überwältigt von ihrer körperlichen Symptomatik gezeigt, habe sich jedoch phasenweise interessiert auf spezifische Inhalte und Tätigkeiten einlassen können.

Zu Beginn der Behandlung hätten eine psychopathologische Antriebslosigkeit mit starker innerer Unruhe und Gedankendrängen bei dysphorischer und gereizter Stimmung im Vordergrund gestanden. Die aktenanamnestische genannte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung habe nach der Exploration eher unwahrscheinlich geschienen. Auch für eine posttraumatische Belastungsstörung hätten die entsprechenden Symptome gefehlt. Die psychotische Plus symptomatik mit Stimmenhören und optischen Halluzinationen sei am ehesten im Rahmen einer depressiven Symptomatik mit wahnhafter Verarbeitung zu interpretieren. Auf dringlichen Wunsch der Patientin sei eine antipsychotische Medikation angesetzt worden, worunter sich bei einer Maximaldosis eine für sie zufriedenstellende Reduktion der Wahndynamik und der dysphorischen Stimmung gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin habe auf eigenen Wunsch in deutlich stabilerem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen werden können (S. 2 unten).

3.11

Das interdisziplinäre Verlaufsgutachten des H.____ vom 27. Januar 2016 (Urk. 9/142) ist von PD Dr. I.____, Dr. F.____

und O.____, Physiotherapeut und Ergotherapeut, unterzeichnet. Die somatische Abklärung fand am 14. und 15. September 2015 im H.____ statt, wobei zusätzlich eine EFL durchgeführt wurde (S. 1). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen (S. 9 oben): - chronisches, aktuell pseudoradikuläres lumbales Schmerzsyndrom mit sekundärer Ausweitung zu einem generalisierten Schmerzsyndrom - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 im Februar sowie März 2011, Status nach Fusion mit Cageeinlage L5/S1 Mai 2012 - bei Status nach mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts und S1-Reizsyndrom rechts - Osteochondrose L5/S1 mit begleitender Spondylarthrose sowie epidurale Narbenveränderungen ohne eindeutige neuropathische Schmerzzeichen - Verdacht auf Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein dysfunktionelles Krankheitsverhalten und anamnestisch eine chronische Migräne (S. 9 oben).

Die Gutachter führten zur Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als Reinigungsfachfrau aus, aufgrund der ausgeprägten Selbstlimitierung könne anhand der Tests alleine keine Aussage bezüglich der Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge daher aus ärztlich-medizinischer Sicht (S. 9 Ziff. 4.1.2). Es ergäben sich aufgrund der heutigen Abklärung aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht keine Gründe, von der anlässlich der letzten im Juli 2013 eingeschätzten Arbeitsfähigkeit abzuweichen. Die damalige Beurteilung sei nochmals überprüft und auch aus heutiger Sicht plausibel beurteilt worden. Die Funktionsstörung

habe keine namhafte Veränderung erfahren, und es bestünden nach wie vor Inkonsistenzen und Inkohärenzen in Bezug auf Verhalten und Angaben, obwohl die Versicherte ein etwas realistischeres Verhalten gezeigt habe, als anlässlich der Erstuntersuchung.

Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine Revision der Diagnose. Die Funktionsfähigkeit und auch die bereits bei der Erstuntersuchung beschriebenen Inkohärenzen blieben aber nach wie vor bestehen und hätten auch unter Anwendung aktueller Kriterien zu keiner Veranlassung geführt, die Arbeitsfähigkeit gegenüber der Beurteilung von 2013 zu revidieren. Auch aus interdisziplinärer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit aus heutiger Sicht gleich beurteilt und der Gesundheitszustand als stabil (S. 10 Ziff. 5.1). In bisheriger Tätigkeit bestehe aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. In einer angepassten ganztägigen Tätigkeit mit zwei Stunden vermehrten Pausen bestehe eine 75%ige Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 7 Mitte). 3.12

Dr. med. P.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 2. Februar 2016 (Urk. 9/150/4-5) aus, das vorliegende bidisziplinäre Gutachten vom H.____ vom 27. Januar 2016 sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die beklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Das Gutachten sei nachvollziehbar und plausibel in seinen Schlussfolgerungen, und es könne darauf abgestellt werden. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom und ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). In der bisherigen Tätigkeit in der Unterhaltsreinigung sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht eingetreten. Der aktenmässig verschlechterte Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht lasse sich im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung nicht bestätigen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine schwere depressive Symptomatik. In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. In einer leichten bis knapp mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit bestehe ein vermehrter Pausenbedarf von zwei Stunden und damit eine Arbeitsfähigkeit von 75 % seit 2013. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Gutachten von Dr. F.____ vom Januar 2013 und vom Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.3 und E. 3.9) und vom H.____ vom Juli 2013 und Januar 2016 (vgl. vorstehend E. 3/4-5 und E. 3.11) davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartjahres am 7. Februar 2012 bis zum 13. Oktober 2012 zu 100 % in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt gewesen, danach jedoch von einer Arbeitsfähigkeit in den angestammten Reinigungstätigkeiten von 60 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von 75 % auszugehen sei (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Die genannten Gutachten des H.____ und von Dr. F.____ basieren auf den erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Die Gutachten des H.____ und von Dr. F.____ erfüllen demnach die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend E. 1.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf den Haushaltabklärungsbericht vom 27. Mai 2014 (Urk. 9/93) und die nach eingeholten Verlaufsgutachten bei Dr. F.____ und beim H.____ ergänzenden Stellungnahme der Abklärungsperson vom 4. März 2016 (Urk. 9/146) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin gemäss der Beurteilung der einzelnen Tätigkeiten im Haushaltsbereich eine Einschränkung von 36.45 % bestehe (vgl. vorstehend E. 2.1).

E. 5.2

Nach der Rechtsprechung stellt der durch die IV-Stelle eingeholte Bericht über die Abklärung vor Ort eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage zur Ermittlung des Invaliditätsgrades von im Haushalt tätigen Versicherten dar.

Massgebend für die Feststellung der Behinderung Nichterwerbstätiger im an erkannten Aufgabenbereich ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit, sondern wie sich der Gesundheitszustand in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch die Abklärung an Ort und Stelle im Haushalt der versicherten Person erhoben wird.

Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes ist analog auf die Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 352 E. 3a und b, BGE 122 V 160 E. 1c) zurückzugreifen. Sind die entsprechenden Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.8) erfüllt, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift diesfalls in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (zum Beispiel infolge von Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht.

E. 5.3

Die Abklärungsperson führte am 14. Mai 2014 die Haushaltabklärung an Ort und Stelle durch. Sie hat dabei unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden und Behinderungen sowie der Familiengrösse, der Wohnverhältnisse, der technischen Einrichtungen und der örtlichen Lage die Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich festgestellt.

Der von der Abklärungsperson verfasste Bericht vom 27. Mai 2014 befasst sich umfassend mit den einzelnen Haushaltsbereichen und deren prozentualer Gewichtung und umschreibt die zu verrichtenden Tätigkeiten sowie die an Ort und Stelle festgestellten Einschränkungen

in diesen Bereichen. Ebenfalls berücksichtigt wurde die Mitwirkungspflicht des Ehemannes und die Übernahme kleinerer Tätigkeiten durch den älteren Sohn.

Der Abklärungsbericht ist sodann schlüssig und in nachvollziehbarer Weise begründet. Es sind vorliegend keine besonderen Umstände gegeben, welche den Abklärungsbericht als mangelhaft oder ungeeignet erscheinen liessen; vielmehr entspricht dieser den an ihn gestellten Anforderungen, so dass für die Entscheidungsfindung grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Dem Umstand, dass sich die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes anlässlich der Verlaufsuntersuchung bei Dr. F.____ respektive am H.____ nicht bestätigen lassen, trug die Abklärungsperson in ihrem Schreiben vom 4. März 2016 Rechnung, indem sie die im Abklärungsbericht vom 27. Mai 2014 basierend auf den Angaben der Beschwerdeführerin ab April 2013 festgehaltene erhöhte Einschränkung im Haushaltsbereich revidierte und eine gleichbleibende Gesamteinschränkung vom 36.45 % seit dem Jahr 2013 bestätigte (vgl. Urk. 9/146).

Dass der Haushaltabklärungsbericht im Mai 2014 erstellt worden ist, wie die Beschwerdeführerin rügte (vgl. vorstehend E. 2.2), ändert in Anbetracht der seither gleichgebliebenen gesundheitlichen Situation (vgl. vorstehend E. 4) nichts. Auch in familiärer Hinsicht brachte die Beschwerdeführerin keine Gründe vor, die auf eine andere Einschätzung der Situation schliessen lassen würden.

E. 5.4

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf den Haushaltabklärungsbericht vom 27. Mai 2014 und die ergänzende Stellungnahme der Abklärungsperson vom 4. März 2016 (Urk. 9/142) sowie in Anbetracht der medizinischen Aktenlage (vgl. vorstehend E. 4.6) von einer Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushalt von 36.45 % seit dem Jahr 2013 auszugehen. 6. 6.1

Ob der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf eine Invalidenrente zusteht, hängt in entscheidendem Masse davon ab, in welchem Umfang sie ohne Gesundheitschaden erwerbstätig wäre.

Massgebend für die Qualifikation der Beschwerdeführerin ist die Frage, in welchem Umfang sie eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Dabei sind im Besonderen ihre persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (vorstehend E. 1.5).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). 6. 2

Die Abklärungsperson begründete in ihrem Haushaltabklärungsbericht vom 27. Mai 2014 (Urk. 9/93) ausführlich, weshalb sie die Aussage der Beschwerdeführerin, sie wäre im Gesundheitsfall sicher ab dem Zeitpunkt, wenn auch das jüngere Kind in den Kindergarten gekommen wäre (August 2014),

einem Vollzeitpensum nachgegangen, nicht für plausibel hielt. Als Gründe hierfür nannte die Abklärungsperson einerseits das Alter der Kinder, andererseits verwies sie auf die Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin, welche gemäss IK-Auszug (vgl. Urk. 9/9) seit Beginn einer Erwerbstätigkeit im Juni 2006

nie ein Einkommen erzielt hatte, welches die Annahme einer Arbeitstätigkeit von über 50 % rechtfertigte. Weiter wies die Abklärungsperson auch darauf hin, dass

die telefonische Rücksprache mit der letzten Arbeitgeberin vom 22. Mai 2014 ergeben habe, dass die Angaben der Beschwerdeführerin zur geplanten Pensumserhöhung nicht stimmten.

Hingegen berücksichtigte die Abklärungsperson die finanziellen Einbussen im Zusammenhang mit den Unterhaltszahlungen des seit März 2013 nicht mehr im gleichen Haushalt lebenden Ehemannes in einer Erhöhung des Arbeitspensums ab April 2013 auf insgesamt 70 % (vgl. Urk. 9/93 S. 4 f. Ziff. 2.5, vgl. auch Urk. 9/77-78). Zusammenfassend ging die Abklärungsperson bis März 2013 von einer Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und 50 % im Haushalt Tätige und ab April 2013 von einer Qualifikation von zu 70 % Erwerbstätige und 30 % im Haushalt Tätige aus (Urk. 9/93 S. 4 f. Ziff. 2.5).

Diese Feststellung erscheint plausibel und nachvollziehbar begründet, weshalb darauf abgestellt werden kann. 6.3

In Anbetracht der gesamten Umstände ist vorliegend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bis März 2013 als zu 50 % im Haushalt und 50 % im Erwerbsbereich Tätige und ab April 2013 als zu 30 % im Haushalt und zu 70 % im Erwerbsbereich Tätige zu qualifizieren ist.

Demnach ist im Folgenden die Invalidität in Anwendung der gemischten Methode (Art. 28a Abs.

3 IVG) zu bemessen.

E. 7

), sodass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 4.3

Gemäss Dr. F.____ war die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu keiner Zeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (vgl. vorstehend E. 3.3 und E. 3.9). Bereits nach Untersuchung der Beschwerdeführerin im Januar 2013 konnte er weder eine depressive Störung noch eine posttraumatische Belastungsstörung bestätigen. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung schloss er aus und ordnete die festgestellte Affektlabilität, die Wut und Resignation einer Anpassungsstörung mit Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.34) sowie einer Akzentuierung der Persönlichkeitszüge zu.

In seinem Verlaufsgutachten vom Oktober 2015 konnte Dr. F.____ die seit seiner letzten Begutachtung anfangs 2013 angeblich eingetretene Verschlechterung in psychiatrischer Hinsicht nicht bestätigen. Dr. F.____ wies auf Widersprüchlichkeiten und ein inkonsistentes

Verhalten der Beschwerdeführerin hin und erachtete ihre Schilderung bezüglich der psychotischen Symptome für nicht plausibel.

Dr. F.____ begründete ausführlich, weshalb er die erstmals von Dr. L.____ in ihrem Bericht vom April 2014 (vgl. vorstehend E. 3.6) diagnostizierte schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), welche sowohl von den Fachpersonen der A.____ im Mai 2014 (vgl. vorstehend E.

3.7) als auch von Seiten der Ärztinnen der Z.____ im September 2014 (vgl. vorstehend E.

3.8) und nach Klinikaufenthalt der Beschwerdeführerin vom 10. September bis 3. Oktober 2015 auch von den Ärzten der N.____ (vgl. vorstehend E. 3.10) bestätigt worden ist, nicht feststellen konnte. Dr. F.____

konnte weder das Vorliegen von Gedächtnisstörungen noch von Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen oder Konzentrationsstörungen feststellen. Dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung im formalen Denken leicht verlangsamt gewesen war, führte er auf die Medikamentenübersiedierung zurück. Weiter wies er darauf hin, dass die verordnete antidepressive Psychopharmakotherapie nicht der Therapie einer schweren depressiven Störung entsprach.

Dem Bericht der Ärztinnen der Z.____

vom September 2014 lässt sich entnehmen, dass sie die Diagnose einer schweren depressiven Symptomatik primär auf von ihnen durchgeführte psychodiagnostische Testungen stützten. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass diese Testmethoden, wie namentlich der erwähnte Hamilton-Test, nur beschränkt aussagekräftig sind, da sie sich primär auf die subjektiven Angaben der Testpersonen stützen.

Einen hergehend mit Dr. F.____

konnten die Ärztinnen der Z.____ jedoch das Vorliegen sowohl einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei schweren chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.8) respektive nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) als auch einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Störung aus dem somatoformen Spektrum (ICD-10 F45) nicht bestätigen. Ebenfalls führten die Ärztinnen einen Teil der kognitiven Defizite auf die medikamentöse Opioid-Analgetika-Therapie zurück.

In nachvollziehbarer Weise legte Dr. F.____ auch dar, weshalb er dem im Bericht der Ärzte der N.____ vom November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.10) beschriebenen Stimmenhören der Beschwerdeführerin keinen Krankheitswert beimass. 4.4

Was die Einschätzungen der Gutachter des H.____ vom Juli 2013 und Januar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.4 und E. 3.11) anbelangt, so liegen keine medizinischen Berichte vor, die auf eine andere Einschätzung der Situation schliessen lassen würden. Hingegen ist zum vom PD Dr. I.____ in seinem Schreiben vom Dezember 2013 (vgl. vorstehend E. 3.5) festgesetzten Zeitpunkt, ab wann von der festgelegten Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten und 75 % in jeder angepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne, auszuführen, dass sich die von PD Dr. I.____ ab Mitte Oktober 2012 festgesetzte massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und damit einhergehende Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht im Bericht der Ärzte der E.____ vom September 2012 widerspiegelt, welche eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit zum Austrittszeitpunkt kurz- bis mittelfristig aufgrund der Schmerzen noch nicht für

realistisch erachteten (vgl. vorstehend E. 3.2). Demnach ist der Zeitpunkt, ab wann von der von PD Dr. I.____ festgesetzten Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, auf den Zeitpunkt seiner Begutachtung Mitte Januar 2013 zu setzen, wovon im Übrigen auch RAD-Arzt Dr. P.____ in seiner Stellungnahme vom Februar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12) ausgegangen ist. 4.5

Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2007 E. 5.2.2 mit Hinweisen). 4.6

Zusammenfassend ist demnach der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahres im Februar 2012 zu 100 % sowohl in ihrer angestammten, als auch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt war und seit dem Zeitpunkt der somatischen Untersuchung am H.____ Mitte Januar 2013 gestützt auf die

Gutachten von Dr. F.____ und vom H.____

davon auszugehen ist , dass in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine solche von 75 % besteht. 5.

E. 7.1

Da die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige zu qualifizieren ist (vorstehend E. 6.3), ist die gemischte

Methode der Invaliditätsbemessung anwendbar. Damit ist zunächst die Invalidität im erwerblichen Bereich zu prüfen. Nach der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1. 4- 5) ist die Einschränkung im erwerblichen Bereich nach der Methode des Einkommensvergleiches auf Grundlage der Teilerwerbstätigkeit, welche die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ausüben würde (vorliegend: bis März 2013 50 % und ab April 2013 70 %), zu ermitteln.

Diese Einschränkung im erwerblichen Bereich ist anschliessend bei der Festsetzung der Gesamtinvalidität mit dem hypothetischen Teilzeitpensum entsprechenden Anteil (vorliegend: 50 % respektive 70 %) mit zu berücksichtigen (BGE 125 V 152 E. 4).

E. 7.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens 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).

E. 7.3

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V

222), mithin auf das Jahr 2012.

Da die Beschwerdeführerin in der angestammten Reinigungstätigkeit und in jeder angepassten Tätigkeit im Zeitraum ab hypothetischem Rentenbeginn ab 1. Februar 2012 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) bis Januar 2013 gleichermassen zu 100 % eingeschränkt war (vgl. vorstehend E. 4.6), resultiert bei der Gewichtung des Erwerbsbereiches mit 50 % für den Zeitraum von Februar 2012 bis Januar 2013 ein Teilinvaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von 50 % (100×0.5).

Bei der ab Januar 2013 wiedererlangten Arbeitsfähigkeit in den angestammten Reinigungstätigkeiten im Umfang von 60 % und in jeder angepassten Tätigkeit im Umfang von 75 % resultiert bei einer Qualifikation als zu 50 % Erwerbstätige bis März 2013 ein Teilinvaliditätsgrad von 0 %.

Da sie mit ihrer Tätigkeit in der Reinigung lediglich geringe Einkommen erzielte und mehrfach arbeitslos war (vgl. IK-Auszug; Urk. 9/9), erscheint es vorliegend für die Berechnung des Teilinvaliditätsgrades ab April 2013 gerechtfertigt, sowohl hinsichtlich des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen.

Dabei ist hinsichtlich der bislang ausgeübten Reinigungstätigkeiten als Ausgangslage für die Berechnung des Valideneinkommens von einem Lohn für Frauen bei der Erbringung von sonstigen Dienstleistungen von Fr. 3'708.-- auszugehen (LSE

2012 S. 35, Tabelle TA1, Ziff. 94-96, Niveau 1). Hinsichtlich des Invalideneinkommens ist von einem Lohn von Fr. 4'112.-- und damit einem höheren Lohn auszugehen, da der Beschwerdeführerin sämtliche angepasste leichte Tätigkeiten weiter zumutbar sind, und auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen ist (LSE

2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Niveau 1). Da damit das mögliche Invalideneinkommen im Ausgangswert der Berechnung bereits höher ist als das Valideneinkommen und ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorliegend aufgrund der Umstände nicht gerechtfertigt erscheint, resultiert bei einer möglichen Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit und einer Steigerung des Pensums auf 70 % ab April 2013 ein Teilinvaliditätsgrad von 0 %.

Würde die gemischte Methode in der nach Suter/Leuzinger modifizierten Handhabung angewendet (vgl. - nicht rechtskräftiges - Urteil des hiesigen Gerichts IV.2016.00548 vom 19. Mai 2017), so wäre das Valideneinkommen mit Fr. 46'610.-- ($12 \times \text{Fr. } 3708.-- : 40 \times 41.9$) und das Invalideneinkommen mit Fr. 38'581.-- ($12 \times \text{Fr. } 4'112.-- : 40 \times 41.7 \times 0.75$) einzusetzen, womit die Einkommenseinbusse Fr. 8'029.-- und die Einschränkung 17.2 % betrüge, was einen Teilinvaliditätsgrad von

E. 7.4

Betreffend den Haushaltsbereich ist nach dem Gesagten (vgl. vorstehend E. 5.4) davon auszugehen, dass im Zeitraum ab hypothetischem Rentenbeginn ab 1. Februar 2012 bis Januar 2013 ebenfalls

eine Einschränkung von 100 % bestanden hat und demnach ein Teilinvaliditätsgrad von 50 % resultiert (100×0.5).

Danach ist bei der Gewichtung des Haushaltsbereiches mit 50 % bis Ende März 2013 (vgl. vorstehend E. 6.3) für diesen Zeitraum von einem Teilinvaliditätsgrad von 18.22 % (36.45×0.5) und bei einer Gewichtung des Haushaltsbereiches mit 30 % ab April 2013 von einem Teilinvaliditätsgrad von 10.93 % (36.45×0.3) auszugehen.

E. 7.5

Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und Haushaltsbereich resultiert demnach in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV von Februar 2012 bis Ende März 2013 (Januar 2013 zuzüglich drei Monate) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ($50 \% + 50 \%$) ein befristeter Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Invalidenrente.

Ab 1. April 2013 besteht bei einem im Erwerbsbereich resultierenden Teilinvaliditätsgrad von 0 % beziehungsweise 12 % (vgl. E. 7.3) und einem im Haushalt resultierenden Teilinvaliditätsgrad von 10.93 % ein Gesamtinvaliditätsgrad von rund 11 % beziehungsweise 23 % ($11\% + 12\%$), bei welchem Ergebnis kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr besteht.

E. 7.6

Aufgrund des Gesagten besteht von 1. Februar 2012 bis 31. März 2013 ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente. 8.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 13. Juni 2016 (Urk. 2) dahingehend abzuändern, dass vom 1. Februar 2012 bis zum 31. März 2013 ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Invalidenrente besteht. 9.9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin und zu zwei Dritteln der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, wobei der Anteil der Gerichtskosten der Beschwerdeführerin infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist. 9.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 9.3

Der von Rechtsanwalt Urs Schaffhauser mit Eingabe vom 16. August 2016 (Urk. 16) geltend gemachte Aufwand von 13.85 Stunden ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass er die Beschwerdeführerin schon im Vorbescheidverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Namentlich erscheinen ein Aufwand von rund 9 Stunden für die Beschwerdeschrift und ein Korrespondenzaufwand mit der Klientin von rund 1.8 Stunden als überhöht.

Angesichts der zu studierenden Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der etwa elfseitigen Rechtsschrift, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche

Rechtsverbeiständung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Urs Schaffhauser bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen, wobei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführer hier von einem Drittel, also Fr. 800.--, als reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang von Fr. 1'600.-- wird dieser aus der Gerichtskasse entschädigt. 9.4

Die Beschwerdeführer in ist auf §

E. 12

% (17.2 % x 0.7) ergäbe.

E. 16

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Juni 2016

dahingehend abgeändert, dass die Beschwerdeführer in

vom

1. Februar 2012 bis zum 31. März 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu zwei Dritteln der Beschwerdeführer in und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin auferlegt. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die der Beschwerdeführer in auferlegten Kosten von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführer in wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Urs Schaffhauser, Luzern, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt

Urs Schaffhauser, Luzern, mit Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführer in wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Schaffhauser - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage einer Kopie von Urk. 15-16 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schucan

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