

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00107 vom 31. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00107

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00107 du 31 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00107 del 31 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1963 geborene X.____, ohne in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung, Mutter zweier Söhne (geboren 1989 und 1994), reiste am 31. Juli 1992 in die Schweiz ein und ist seit

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5,

131 V 49 E. 1.2,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach

einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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.

E. 1.3

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).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt. Insbesondere seien die Gutachter nicht im Besitze aller massgebenden medizinischen Berichte gewesen. So hätten diese lediglich über Berichte der Jahre 2015 und 2016 verfügt, obwohl die Beschwerden bereits 2012 aufgetreten seien. Das rheumatologische Teilgutachten sei unglaubwürdig. Es

sei durch die Akten erwiesen, dass eine organische Pathologie vorliege. Insbesondere sei die Spondylarthritis nicht remittiert. Die Beschwerdeführerin bedürfe sogar der Hilfe in der eigenen Grundpflege. Nur weil eine verstärkte subjektive Schmerzempfindlichkeit bestehe, dürfe nicht auf (bewusste) Aggravation geschlossen werden. Auch die psychiatrische Begutachtung sei ungenügend erfolgt. Sie habe zu kurz gedauert und die Anamnese und Lebensgeschichte seien viel zu oberflächlich ausgefallen, was keine Grundlage für eine seriöse Begutachtung darstellen könne. Im psychiatrischen Teilgutachten werde ein viel zu hohes Aktivitätsniveau dargestellt. Dies ergebe sich aus dem Vergleich mit dem

rheumatologischen Teilgutachten. Sodann sei sich der psychiatrische Gutachter nicht sicher, ob eine somatoforme Schmerzstörung vorliege. Er schliesse aber dennoch eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus, was das Gutachten unbrauchbar mache. Zudem sei die Qualifikation der Beschwerdeführerin nicht genügend abgeklärt worden. Auch sei nicht geprüft worden, ob die Beschwerdeführerin zumindest Anspruch auf eine befristete Rente gehabt hätte (Urk. 1). 3.

E. 1.5

). Es beruht auf sorgfältigen, allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands ist schlüssig und nachvollziehbar; die Gutachter setzten sich zudem mit den abweichenden Auffassungen der behandelnden Ärzte auseinander.

Aus dem Umstand, dass einzelne Lebensereignisse keine Erwähnung im Gutachten gefunden haben, vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die vollständige Lebensgeschichte ergibt sich aus den Verfahrensakten, welche den Gutachtern zur Verfügung gestanden hatten. Widersprüchlichkeiten innerhalb der beiden Teilgutachten bei den Angaben zu den Aktivitäten und dem Tagesablauf sind nicht erkennbar, verwies doch Dr. C.____, der einen sehr knappen Tagesablauf erhob, ausdrücklich darauf, dass er keine weiteren Details herbeibringen kann (Urk. 8/35/9).

Daher bestehen entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin keine Hinweise dahingehend, dass die dem Gutachten zu entnehmenden Angaben durch den psychiatrischen Gutachter beschönigt oder ausgeschmückt worden sein könnten. Wenn die Beschwerdeführerin geltend macht, die psychiatrische Begutachtung sei viel zu kurz gewesen, so ist ihr zu entgegnen, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. Januar 2006 I 748/05 E. 2.2.4).

Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestiche Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann daher aus dem Umstand, dass vom psychiatrischen Gutachter kein Bericht des behandelnden Psychiaters beigezogen wurde oder keine psychiatrischen Tests durchgeführt wurden, nicht schon auf eine fehlende Beweiskraft der Expertise geschlossen werden. Gleiches gilt in Bezug auf das Einholen von medizinischen Berichten aus den Jahren 2012, 2013 oder 2014, insbesondere auch deshalb, da die Gutachter und selbst die behandelnden Ärzte

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitraum feststellten. 4.2

Als nächstes ist auf den rheumatologischen Teil des Gutachtens näher einzugehen. 4.2.1

Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung bildet (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Es gehört zur Aufgabe der Gutachter, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören

insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben, wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5).
4.2.2

Das Gutachten beruht aus somatisch-rheumatologischer Sicht auf umfassenden funktionsorientierten klinischen Untersuchungen. Der Gutachter setzte sich zudem eingehend mit den bildgebend dokumentierten Befunden auseinander und kam mit Verweis auf das Fehlen einer organischen Pathologie sowie auf die Diagnosen

einer remittierten Spondylarthritis, einer fibromyalgieformen

Panalogie sowie anamnestisch einer latenten Tuberkulose, eines

lumbospondylogenen Syndroms, einer Hepatopathie und Statin-assoziierten Heliobacter-Gastritis bzw. Pneumonie in nachvollziehbarer und widerspruchsfreier Weise zum Schluss,

es liege seit dem Jahreswechsel 2015/2016 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vor.

Die Diagnosestellung erscheint angesichts der Ausführungen nachvollziehbar. Die Begutachtung ergab ausserdem deutliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden (Urk. 8/35/16). 4.2.3 Die Beschwerdeführerin richtete sich insbesondere gegen die Remission der Spondylarthritis. Angesichts der erhobenen Befunde erscheint die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands durch Dr. C.____ jedoch nachvollziehbar, so auch die von ihm beschriebene Remission der Spondylarthritis. Dieser Ansicht scheinen denn auch die Ärzte des Stadtspitals D.____ zu sein. Im Bericht vom 1. Februar 2016 (Urk. 8/27) halten sie eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durch kontinuierliche Einnahme der Basistherapie fest. Zur Arbeitsfähigkeit wollten sich die Spitalärzte allerdings nicht äussern und verwiesen auf ein neutrales Gutachten, gleichzeitig wurde die Motivation der Beschwerdeführerin angezweifelt (Urk. 8/27/5). 4.2.4

Die Berichte der behandelnden Ärzte stehen dem rheumatologischen Gutachten vorliegend nicht entgegen. Es gilt zudem zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange - wie vorliegend - keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Den Berichten der behandelnden Ärzte ist denn auch eine eher günstige Prognose zu entnehmen, insbesondere hinsichtlich einer zu erwartenden positiven Wirkung der Basistherapie (E. 3.1, E.

3.4). Auch der Bericht des Stadtspitals D.____ vom 1. Februar 2016 steht dem Gutachten von Dr. C.____ nicht entgegen. Vielmehr erläutert Dr. C.____ schlüssig, dass im Vergleich zum Bericht des Stadtspitals D.____ zum Zeitpunkt der Begutachtung keine organische Pathologie mehr vorliegt. Freilich vermag die Beschwerdeführerin aus ihrer subjektiven Unterstützungsbedürftigkeit durch die SpiteX (vgl. Urk. 3/4) ebenfalls nichts zu ihrem Vorteil abzuleiten.

Dem Gutachter standen sodann sämtliche weiteren massgebenden Akten zur Verfügung, um den Gesundheitszustand in geeigneter Weise zu beurteilen. Diese wurden zitiert und

berücksichtigt (Urk. 8/35/13). Ob neue bildgebende Befunde zu erheben waren, lag im Ermessen des Gutachters. Neben einer ambulanten Untersuchung erachtet e der Gutachter allerdings keine weiteren Untersuchungen für angezeigt, was nicht zu beanstanden ist. Gleiches trifft auf die bildgebenden Untersuchungen zu, welche Dr. C.____ zur Verfügung standen. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, Dr. C.____ sei möglicherweise aus fachlichen oder persönlichen Gründen nicht (mehr) fähig, eine beweistaugliche Begutachtung durchzuführen, zielt

mangels konkreter Hinweise dazu ins Leere. 4.2. 5

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit nahm der Gutachter Dr. C.____ keine Stellung. Er gab einzig an, eine organisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich anhand der Akten bis zum Jahreswechsel 2015/2016 begründen. Zur Beurteilung der Zeit zwischen 1. Oktober 2015 (erst möglicher Rentenbezug) und 31. Dezember 2015 ist demnach auf die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen.

Aus diesen (E. 3.1-4) ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin vom 19. Januar 2015 bis zum 30. November 2015 (E. 3.3) zu 100 % arbeitsunfähig war. Die Ärzte des Stadtspitals D.____ hielten mit Bericht vom 1. Februar 2016 eine seit 1. Dezember 2015 verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % wegen einer Handgelenksbeteiligung fest (E. 3.4). Dr. C.____ ging von einer Remission der Spondylarthritis ab 31. Dezember 2015 aus. 4.3

Sodann ist auf die psychischen Beschwerden einzugehen. 4.3.1

Zum psychischen Gesundheitszustand stellte der psychiatrische Konsiliarius fest, dass eine mittelgradige depressive Episode von Mitte Mai 2013 bis Ende Juni 2015 vorgelegen habe, welche remittiert sei, zudem hielt er den Verdacht auf einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung sowie eine mässige kulturelle Integration fest. Seit Juni 2015 beurteilte Dr. B.____ die Beschwerdeführerin als aus psychiatrischer Sicht nicht mehr in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Dabei begründete er nachvollziehbar und schlüssig, dass die zuvor bestehende depressive Symptomatik mittlerweile remittiert sei.

Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist schlüssig und nicht in Frage zu stellen. 4.

E. 3

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

E. 3.1

Dem Bericht des Stadtspitals D.____ zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 21. September 2015 (Urk. 8/21) ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin leide an einer axialen Spondylarthritis mit peripherer Beteiligung/HLA-B27 positiv (Erstdiagnose Januar 2014) (Urk. 8/21/5). Sodann wurde ein Verdacht auf Anpassungsstörung nach Kriegstrauma festgehalten. Die Spitalärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zwischen 31. März 2015 und 30. September 2015 (Urk. 8/21/6). Sodann fügten sie an, es sei mit einem positiven Verlauf zu rechnen (Urk. 8/21/7).

E. 3.2

Was die im bidisziplinären Gutachten diagnostizierte remittierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) anbelangt,

sind gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit

kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

Hinsichtlich der diagnostizierten remittierten mittelgradigen depressiven Episode kann demnach vorliegend auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden, zumal der Gutachter der depressiven Symptomatik keine primäre Bedeutung zumass und sogar eine Remission annahm . 4 . 3 . 3

Was den Verdacht auf Status nach posttraumatischer Belastungsstörung sowie die mässige kulturelle Integration als Z-Diagnosen anbelangt, ist zu sagen, dass nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung Z-Diagnosen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1 mit Hinweis auf 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Dass der Gutachter eine somatoforme Schmerzstörung nicht gänzlich auszuschliessen vermochte, ändert nichts am Beweiswert des Teilergutachtens, zumal schlüssig dargelegt wurde, dass die diagnoserelevanten Kriterien wohl nicht gegeben sind, was nicht anzuzweifeln ist. Die unterschiedliche subjektive Wahrnehmung im Vergleich zu den objektiven Befunden begründeten die Gutachter mit aggravatorischem Verhalten

respektive mit Panalgie . Ob ein aggraviorisches Verhalten bestand , kann vorliegend offenbleiben, da auch ohne Annahme von Aggravation ab dem 1. Juni 2015 aus psychiatrischer Sicht und ab 1. Januar 2016 überhaupt kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen ist . 4 . 3 . 4

Zusammenfassend steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin in der massgebenden Zeit

ab 1. Oktober 2015 in der bisherigen und auch in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischen Gründen nicht eingeschränkt ist. Zuvor war sie von Mitte Mai 2014 bis Ende Juni 2015 aus psychiatrischen Gründen zu 20 % (E. 3.5.3) und vom 19. Januar bis 31. Dezember 2015 aus somatischen Gründen zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig. 5.

5.1

Es steht somit fest, dass ab 1. Januar 2016 nicht mehr vom Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens auszugehen ist. Zu prüfen bleibt aber , ob die Beschwerdeführerin

Anspruch auf eine befristete Rente hat. 5.2

Die Bemessung des Invaliditätsgrads ist für den Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns, hier 1. Oktober 2015 (Anmeldung am 2. April 2015 [Art. 29 Abs. 3 und Abs. 4 IVG] und Ablauf des Wartejahres am 15. Mai 2015 [Art. 28 Abs. 1 IVG ;

zur Erheblichkeit einer Arbeitsunfähigkeit von 20 %, vgl. Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1]) vorzunehmen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin stellt die Früherfassung der Beschwerdeführerin keine offizielle Anmeldung bei der IV im Sinne von Art. 29 ATSG dar. Massgebend ist die Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_463/2014 vom 9. September 2013 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 5.3

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin kann den Akten entnommen werden, dass sie im Rahmen der Früherfassung die Angabe machte, sie wäre bei voller Gesundheit zu 50 % erwerbstätig, wobei sie ihr Pensum aus gesundheitlichen Gründen im November 2011 reduziert habe (Urk. 8/5/2). 5.4

Mangels vorgenommenen Abklärungen im Aufgabenbereich lässt sich die Einschränkung im Haushalt nicht präzise bestimmen. Angesichts der Natur der gesundheitlichen Einschränkung

kann aber mit dem Beweisgrad der überwiegen den Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie im fraglichen Zeitpunkt im Aufgabenbereich zu mindestens 40 % eingeschränkt war . Somit ergibt sich in Anwendung der gemischten Methode ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine befristete ganze Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2015 bis 31. März 2016 (50 % Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich sowie 20 % Teilinvaliditätsgrad im Aufgabenbereich = Gesamtinvaliditätsgrad von 70 %) . Ab 1. Januar 2016 ist vom Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens auszugehen und somit fest zustellen, dass die Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. April 2016 keinen Rentenanspruch mehr hat .

6.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 800.-- anzusetzen. Da die Beschwerdeführer in nur zu einem geringen Teil obsiegt, sind ihr die Kosten zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010, E. 4.3). 7.2

Die vertretene Beschwerdeführer in hat sodann gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 700.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. Dezember 2016 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Oktober 2015 bis 31. März 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zu drei Vierteln (Fr. 600.--) sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel (Fr. 200.--) auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Hausammann

E. 3.3

Im Bericht des Stadtspitals D.____ zur rheumatologischen Untersuchung vom 10. November 2015 zu Händen von Dr. E.____ (Urk. 8/25) wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 30. November 2015 attestiert (Urk. 8/25/2).

E. 3.4

Dem Bericht des Stadtspitals D.____ vom 1. Februar 2016 zu Händen der Beschwerdeführerin (Urk. 8/27) kann entnommen werden, dass durch kontinuierliche Einnahme der Basistherapie eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich ist. Aus rheumatologischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit, bei Vermeidung schwerer Lasten, Überkopfarbeiten und bei Vermeidung extremer Witterungsverhältnisse zumutbar, wobei seit Dezember 2015 aufgrund einer Handgelenksbeteiligung von 50 % die Leistungsfähigkeit vermindert sei (Urk. 8/27/5).

E. 3.5.1

Dem interdisziplinären Gutachten vom 28. Juni 2016 lässt sich folgende interdisziplinäre Beurteilung entnehmen: Nach einer erfolgreichen Behandlung mit Basistherapeutika seien klinisch und labormässig bei der Beschwerdeführerin keine Anzeichen mehr auf ein entzündlich rheumatisches Leiden zu erkennen. Das subjektive Kranksein werde durch eine massivste, fibromyalgieforme

Panalogie ohne erkennbares somatisches Substrat verursacht. Aus Sicht des Rheumatologen lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit organisch nicht begründen. Von Mitte Mai 2014 bis Ende Juni 2015 habe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bestanden. Vorher sei dies während Jahren nicht der Fall gewesen. Seit Anfang Juli 2015 bestehe erneut eine volle Arbeitsfähigkeit. Bei der interdisziplinären Beurteilung könne vollumfänglich auf den psychiatrischen Gesichtspunkt abgestellt werden (Urk. 8/35/2 5-26).

E. 3.5.2

Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. C.____ vom 28. Juni 2016 (Urk. 8/35/1-25) sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten (Urk. 8/35/14): - unter Basistherapie remittierte axiale Spondylarthritis mit früherer peripherer Beteiligung - Sakroileitis (Erstdiagnose Juni 2013) - HLA-B27 positiv - Status nach Daktylitis, Gonarthrit, OSG-Arthritis rechts - Therapiestand (Prednison, Status nach Remicade, Status nach MTX, Status nach Enbrel, Cimzia, Arava) - massivste (sekundäre?), fibromyalgieforme

Panalogie - 18/18 tender

points positiv - Vielzahl von vegetativen Kontrollpunkten - Missverhältnis zwischen Krafteinwirkung und Schmerzen - akutenanamnestisch - latente Tuberkulose - chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits/ mediolaterale

Diskushernie L5/S1, aktivierte Spondylarthrosen L3/4, L4/5, L5/S1 (aktuell klinisch keine entsprechenden Hinweise) - Hepatopathie unklarer Genese - Status nach Heliobacter - Gastritis - Status nach Pneumonie

Dr. C.____ erhob folgenden rheumatologischen Befund: Im Bereich der Halswirbelsäule liege eine leichte Streckhaltung vor. Eine Seitabweichung sei nicht erkennbar. Die Nackenmuskulatur sei normal ausgebildet und normal tonisiert und ohne abnormen

Palpationsbefund. Die Halswirbelsäule (HWS) sei frei beweglich trotz muskulärer Gegenspannung unter Angabe von endgradigen Schmerzen. Die Sehnenreflexe seien nicht auslösbar, die rohe Kraft des Biceps und Triceps sei seitengleich normal, die Faustschlusskraft sei nicht beurteilbar, da keine erkennbare Anspannung bestehe. Die Sensibilität sei distal an den Armen seitengleich. Im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule liege eine diskrete thorakolumbale Linksskoliose bei leichtem Beckenschiefstand nach links vor. Die Lendenlordose sei leicht akzentuiert, die Brustkyphose regelrecht. Die thorakale und lumbale Rückenmuskulatur sei normal tonisiert und nicht verschmächtigt. Die Brust- (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) seien seitlich frei beweglich, sagittal die BWS 29,5cm/30cm/32cm, die LWS 9,5cm/10cm/13cm. Alle Bewegungen der BWS und LWS seien endgradig schmerzhaft. Der Finger-Boden-Abstand betrage 50cm, der Finger-Zehenabstand betrage im Langsitz 0cm. Der Einbeinstand sei normal und der Zehen-Fersengang seitengleich normal. Auch die rohe Kraft L5 und S1 sei bei hinkfreiem Gang ohne Seitendifferenz normal. Der Lasègue sei im Sitzen geprüft worden und sei normal, in Rückenlage ab 60° sei er massiv schmerzhaft. Der Patellarsehnenreflex sei schwach, der Achillessehnenreflex sei nicht auslösbar. Die Sensibilität sei distal an den Beinen seitengleich normal. Das Iliosakralgelenk beanspruchende Manöver seien wegen massiven Schmerzangaben nicht prüfbar. Zusammenfassend bestünden auch im Bereiche der Wirbelsäule keine relevanten, abnormen, somatischen Befunde (Urk. 8/35/11-12). Die Beschwerdeführerin reihe ihre üblichen Schmerzen mit 9 auf der 10-er Skala ein. Praktisch alle Abschnitte seien zumindest endgradig bewegungsschmerzhaft und zwar im Bereiche der oberen Extremitäten stärker als distal. „Palpatorisch“ habe eine generalisierte Schmerzhaftigkeit von Kopf bis Fuss bestanden. Das Gesicht und der behaarte Kopf sowie die Ursprünge der Nackenmuskulatur am Schädel seien diffus druckdolent, der gesamte Schultergürtel sei dorsal und ventral extrem berührungsempfindlich gewesen, sowohl bei tieferer Palpation, wie auch beim Abheben von Hautfalten oder beim Bestreichen mit dem Fingernagel. Dasselbe Bild habe sich an den Oberarmen, den Vorderarmen und den Ellenbogen gezeigt. Die Handgelenke, die Hände und alle Finger hätten eine massive Palpationsdolenz aufgewiesen, wobei zum Beispiel an den Fingern nicht nur die Gelenke, sondern auch die extraartikulären Strukturen und die Fingernägel als stark schmerzhaft angegeben worden seien. Dasselbe Bild habe sich an den Beinen gefunden, die zirkulär auf der ganzen Länge bis und mit den Zehen als schmerzhaft geäußert worden seien. Dolent seien die Beckenrückseite und die gesamte Wirbelsäule (HWS bis Sakrum) ohne Vorzuglokalisation gewesen. Entlang der gesamten Wirbelsäule habe ein extremer Hautrollschmerz bestanden. Die Bedeutung dieser Palpationsschmerzen müsse allerdings etwas relativiert werden, da der Eindruck entstanden sei, dass Schmerzen zum Teil schon vor der Berührung geäußert worden seien. Zusammenfassend habe eine Berührungsempfindlichkeit schon auf geringe taktile Einwirkungen hin bestanden, die keine Stelle der Körperoberfläche auslassen habe, es sei denn das Abdomen (Urk. 8/35/12).

Der rheumatologische Experte hielt ferner fest, die Beschwerdeführerin habe die bisherige Behandlung als nutzlos beurteilt, da die Schmerzen nicht gebessert hätten. Klinisch habe sich allerdings ein völlig anderes Bild gezeigt, da der Rheumastatus völlig normale Verhältnisse ergeben habe. Zwar habe die Beschwerdeführerin auf eine Schwellung des rechten Vorderarmes hingewiesen, die der Untersucher aber nicht bestätigen könne. Es hätten sich keine Hinweise auf eine artikuläre Pathologie gefunden. Man dürfe also davon ausgehen, dass die bisherige Behandlung effektiv gewesen sei, was auch die fehlende

humorale Entzündungsaktivität unterstreiche. Im Vordergrund sei allerdings eine extreme Panalgie ohne erkennbare somatische Ursachen gestanden, womit die Beschwerdeführerin nicht zu Unrecht auf die Therapieresistenz ihrer massiven Schmerzen hingewiesen habe. Die Beschwerdeführerin sei von Kopf bis Fuss extrem berührungsempfindlich und alle Stationen seien bewegungsschmerzhaft gewesen. In erster Annäherung erinnere das Schmerzbild an ein Fibromyalgiesyndrom, seien doch alle Kennpunkte positiv gewesen und es hätten eine Vielzahl von vegetativen Begleitsymptomen, wie Leistungsunfähigkeit, Schlafstörung, Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen, Kälteempfindlichkeit, Atembeschwerden, Bauchschmerzen und Schwindel bestanden. Auf der anderen Seite seien alle denkbaren Kontrollpunkte ebenfalls schmerzhaft gewesen und es habe ein krasses Missverhältnis zwischen der geringen Krafteinwirkung bei der Untersuchung und dem geäußerten Schmerzausmass bestanden. Hinweise auf eine somatische Ursache dieses Schmerzbildes fänden sich nicht, es müssten extrasomatische Gründe verantwortlich gemacht werden. Das in den Akten beschriebene lumbospondylogene Syndrom lasse sich klinisch zur Zeit nicht erkennen, sei es, weil es nicht mehr vorhanden ist, sei es, weil es von der Panalgie

massivst überlagert werde. Hinweise auf ein radikuläres Syndrom hätten sich nicht gefunden. Zusätzlich hätten sich erhebliche aggravatorische Momente gefunden: Die Beschwerdeführerin habe ihre Arme aktiv nur sehr eingeschränkt hochheben können, sei aber in der Lage gewesen, die Oberkörperbekleidung mit beiden Armen über den Kopf zu streifen, sie habe einen Finger-Zehen-Abstand im Stehen von 50cm, aber einen Finger-Zehen-Abstand im Langsitz von 0cm gehabt, die Faustschlusskraft sei praktisch nicht vorhanden gewesen, aber sie habe mit den Händen ihre Strumpfhosen problemlos hochziehen können, vor allem aber habe sie ihre Schmerzen der Stufe 9 von 10 zugeordnet, doch sie habe dabei einen fröhlichen Eindruck gemacht und sei zu Spässen aufgelegt gewesen. Auch nach Abschluss der langdauernden, eingehenden Untersuchung habe sie überhaupt keinen schmerzgeplagten, erschöpften Eindruck gemacht. Die Prognose der axialen Spondylarthritis mit peripherer Beteiligung sei unter konsequenter Fortführung der Behandlung zumindest mittelfristig günstig. Die Panalgie werde sich kaum positiv beeinflussen lassen und die Gabe von Opiaten sei zumindest unüblich (Urk. 8/35/16).

Dr. C.____ ging von folgender Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus: Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Erwerbstätigkeit lasse sich organisch nicht begründen, es sei denn durch eine zwischenzeitlich eingetretene Dekonditionierung, die allerdings invaliditätsfremd sei. Angesichts der Aktenlage mit den früheren Befunden im Spital

D.____

erstaune diese Einschätzung vielleicht etwas, doch zeige die aktuelle Untersuchung wirklich keine organische Pathologie. Auch das von der Beschwerdeführerin angegebene gelegentliche Anschwellen der Hände würde an dieser Einschätzung nichts ändern, denn eine pastöse Schwellung der Hände sei angesichts der geringen körperlichen Tätigkeit nicht anormal. Zudem vermerke das Spital D.____

im Bericht vom 1. Februar 2016, dass eine angepasste Tätigkeit zumutbar wäre, dass aber die Motivation der Beschwerdeführerin gering sei (Urk. 8/35/17). Eine organisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich anhand der Akten bis zum Jahreswechsel 2015/2016 begründen (Urk. 8/35/22). 3. 5. 3

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Juni 2016 wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 8/36/8): - mittelgradige depressive

Episode (Mitte Mai 2013 bis Ende Juni 2015) (ICD-10 F32.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte der Gutachter eine remittierte depressive Episode (seit Anfang Juli 2015) (ICD-10 F32.4), einen Verdacht auf Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 Z43.1) sowie mässige kulturelle Integration (ICD-10 Z60.3).

Der psychiatrische Konsiliarius Dr. B.____ gab folgende Beurteilung ab: Die Beschwerdeführerin sei ab Mitte Mai 2014 in eine psychische Krise geraten, sie habe ihre Teilzeitarbeit aufgeben müssen. Sie habe eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen, welche im Herbst 2014 zu einer deutlichen Verbesserung geführt habe. Im Januar 2015 sei es nochmals zu einer Zustandsverschlechterung gekommen, vermutlich im Zusammenhang mit der Tuberkuloseerkrankung. Die Beschwerdeführerin habe auf körperliche Krankheiten grundsätzlich empfindlich reagiert, was nachvollziehbar sei. Mit der Zeit habe sie sich von der neuen depressiven Krise lösen können, seit Anfang Juli 2015 könne von einer Remission ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin berichte seither nicht mehr über psychische Beschwerden, der heutige Befund sei unauffällig. Es könne auch auf die regelmässige Tagesgestaltung, die glückliche familiäre Situation und das Interesse an diversen Lebensaktivitäten hingewiesen werden. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin im Juli 2015 Ferien im Heimatland verbringen können. Dies alles lasse eine Remission der Depression annehmen. Diagnostisch sei von einer depressiven Episode auszugehen, diese sei von Mitte Mai 2014 bis Ende Juni 2015 mittelgradig gewesen. Seither sei sie grossteils remittiert. Die therapeutischen Bemühungen seien genügend. Die Beschwerdeführerin gehe in eine Psychotherapie und erhalte ein antidepressiv wirkendes Medikament (Urk. 8/36/9-10). Sodann bestünden ungünstige krankheitsfremde Faktoren: längere Phase von Arbeitsuntätigkeit, mässige kulturelle Integration sowie mässige Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich ihr Leben so eingerichtet, dass sie sich wohl fühle, es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn (Urk. 8/36/10).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.____ fest, die Beschwerdeführerin sei von Mitte Mai 2014 bis Ende Juni 2015 in ihrer Arbeitsfähigkeit zu ca. 20 % eingeschränkt gewesen. Seither bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. In Bezug auf Eingliederungsmassnahmen könne angeführt werden, dass angesichts des Fehlens einer psychischen Störung derartige Massnahmen zumutbar seien. Allerdings müsse auf die ungünstigen krankheitsfremden Faktoren hingewiesen werden, welche eine derartige Massnahme vermutlich scheitern liessen (Urk. 8/36/10). 4. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ / C.____ (Urk. 8/35-36) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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