

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01194 vom 29. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01194)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01194 du 29 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01194 del 29 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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 Zusam menhänge 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.

## **E. 2**

Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und zur ergänzenden Abklä rung des Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 28. September 2017 ( Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin seit dem 25. Juni 2013 (Beginn der einjährigen Wartefrist) und weiterhin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungs angestellte zu 100 %

arbeitsunfähig sei. Dies aufgrund der somatischen Einschränkungen. Für die Zeit ab Unfall vom 25. Juni 2013 bis zur zweiten Begutachtung beim F.\_\_\_\_

werde auf die Beurteilung der B.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2014 abgestützt. Ab 9. Januar 2014 hätten keine Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit vorgelegen, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstehe. Seit der zweiten Begutachtung beim F.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2016 gelte eine Einschränkung für eine angepasste Tätigkeit von durchschnittlich 25 % ebenfalls aus somatischer Sicht. Falls aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode vorgelegen habe, sei diese nur vorübergehend gewesen. Bei der angegebenen somatoformen Schmerzstörung könne mit Blick auf die Diskpanzen weiter kein Schweregrad festgestellt werden. Eine spezifische Therapie habe nicht stattgefunden. Von einer Therapieresistenz könne nicht ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Eine Demenz sei durch die Behandler nie bestätigt worden. Die beiden Gutachten seien nachvollziehbar und für die Gesamtbeurteilung erforderlich gewesen. Gesamthaft sei die Beschwerdeführerin für ihre bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte zu 100 % eingeschränkt und für eine leichte Tätigkeit ohne erhöhte Sturzgefahr, in Wechselbelastung sei sie zu 70-80 % arbeitsfähig. Bei einer durchschnittlichen Einschränkung von 25 % entstehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

## **E. 2.2**

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift vom 1. November 2017 (Urk. 1) im Wesentlichen vor, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei seit Juli 2013 medizinisch eindeutig dokumentiert. Dafür spreche insbesondere der Umstand, dass der Beschwerdeführerin gestützt auf eine 100%ige unfall- bzw. später krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit Unfall- respektive Krankentaggel der von den jeweiligen Versicherungen ausgerichtet worden seien. Schliesslich liege ein umfassendes und schlüssiges Gutachten einer nach dem Zufallsprinzip bestimmten medizinischen Abklärungsstelle ( B.\_\_\_\_ ) vor, welches die vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (zumindest aus psychiatrischer Sicht) bis auf weiteres bestätigt habe. Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Invalidenrente seien daher spätestens mit dem Vorliegen des B.\_\_\_\_ -Gutachtens vom 8. Dezember 2014 erfüllt gewesen, weshalb der Beschwerdeführerin entsprechend eine ganze Invalidenrente auszurichten gewesen wäre respektive sei. Die Beschwerdegegnerin hätte nicht zuwarten dürfen, bis die diagnostizierte schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen remittiert sei. Vielmehr wäre es ihr freigestanden, den Rentenanspruch im Rahmen einer Revision neu zu überprüfen. Das F.\_\_\_\_ -Gutachten vermöge eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades nicht zu beweisen. Weder der Rheumatologe noch der Psychiater hätten sich zur Arbeits( un )fähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert. Insofern bleibe das Gutachten unvollständig und un schlüssig. Der psychiatrische Gutachter habe festgehalten, dass gemäss Hamilton Depressionsindex eine mittelschwere depressive Episode vorliege. Weiter habe er ausgeführt, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung angesichts der chronifizierten, möglicherweise auch aggravierten Situation mit einer hohen Wahrscheinlichkeit wenig Einfluss auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit hätte. Diese Beurteilung würde demnach eine therapieresistente mittelschwere depressive Episode bestätigen, die gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung als invalidisierende Krankheit anzuerkennen wäre. Betreffend die seitens der F.\_\_\_\_ -Gutachter geltend gemachten Inkonsistenzen sei darauf hinzuweisen, dass der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_

im Auftrag der Krankenversicherung der Beschwerdeführerin verfasst worden sei und daher aufgrund mangelnder Unabhängigkeit als reine Parteibehauptung zu qualifizieren sei. Die behauptete Inkonsistenz lasse sich aufgrund des Berichts von Dr. C.\_\_\_\_ nicht begründen. Mit dem F.\_\_\_\_-Gutachten liege höchstens eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor. Schliesslich machte die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin sei in ihrer Verfügung kaum auf die Einwände der Beschwerdeführerin eingegangen. Damit habe sie ihre Begründungspflicht verletzt (S. 3 ff.). 3.

Vorweg ist festzuhalten, dass eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs ( Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, BV) im Sinne der Begründungspflicht durch die Beschwerdegegnerin vorliegend als geheilt erachtet werden müsste, da sich die Beschwerdeführerin vor dem hierigen Gericht, das über eine volle Kognition verfügt, äussern kann und eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der Beschwerdeführerin an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären ( BGE 127 V 431 E. 3d/aa, BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis ). Auf eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin infolge Verletzung des rechtlichen Gehörs ist daher zu verzichten. 4.

#### 4.1

Grundlage der Verfügung vom 28. September 2017 ( Urk. 2) bildete ( unter anderem ) das F.\_\_\_\_-Gutachten vom 15. Dezember 2016 ( Urk. 7/100 ; Urk. 7/118 S. 2 f., E. 2. 1 ). 4. 1 .1

Darin wurden aus somatischer Sicht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt ( Urk. 7/100 S. 55): - Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) mit CPAP-Beatmung - Axiale Spondyloarthritis - Schwere Osteoporose - Lumbospondylogenes Syndrom beidseits, linksbetont - Dysbalance des Schulter- und Beckengürtels - Weichteilrheumatische Beschwerden, periarticuläre Schmerzareale

Die Gutachter führten aus, unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und Einschränkungen sei eine Arbeitsfähigkeit in mittelschwerer bis schwerer Tätigkeit, welche die Beschwerdeführerin bisher ausgeführt habe, nicht mehr möglich. Auch wenn die Arbeitsunfähigkeit erst eine Woche nach dem Unfallgeschehen bestätigt worden sei, sehe man diese Einschränkung ab dem Zeitpunkt des Unfalldatums als gegeben. In leichter Tätigkeit ohne erhöhte Sturzgefahr, in Wechselhaltung sehe man die Beschwerdeführerin vor allem aus rheumatologischen Gründen (entzündliches Geschehen des Achsenskeletts und Osteoporose im Frakturstaadium) als um 30 % eingeschränkt, spätestens ab Januar 2014. Auch im Bereich des eigenen Haushaltes sehe man die Beschwerdeführerin zu 70-80 % arbeitsfähig (S. 62).

#### 4. 1 .2

Die Beschwerdeführerin bringt vor, der rheumatologische Gutachter habe sich nicht zur Arbeitsfähigkeit geäussert. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der rheumatologischen Stellungnahme entnommen werden kann, dass die Beschwerdeführerin für sehr leichte bis leichte Tätigkeiten ohne erhöhte Sturzgefahr teilarbeitsfähig ist , wobei vermehrte Kurzpausen nötig sind ( Urk. 7/100 S. 36). Anlässlich einer Konsenskonferenz vom 27. Oktober 2016, welcher der rheumatologische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie ( Urk. 7/100 S. 26), ebenfalls beiwohnte (

Urk. 7/100 S. 54), wurde sodann die gesamte medizinische Sachlage unter den Gutachtern besprochen und in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen (E. 4.1.1). Das Vorbringen der Beschwerdeführerin zielt damit ins Leere. 4.2

Die aus somatischer Sicht erfolgte gutachterliche Beurteilung ist mit Blick auf die Aktenlage sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf nicht zu beanstanden. So wurden sämtliche aktenkundigen Diagnosen durch die F.\_\_\_\_-Gutachter berücksichtigt und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint mit Blick auf die (echtzeitlichen) fachärztlichen Berichte (insbesondere hinsichtlich der unbestrittenenmassen im Vordergrund stehenden rheumatologischen Problematik) schlüssig (vgl. Urk. 7/8 S. 6 ff., 7/13, 7/33 S. 110 ff., S. 120 f., S. 172 f., 7/35 S. 29, S. 31 f., S. 59 ff., 7/53 S. 11 ff., S. 18 ff., S. 26, S. 28, 7/69 S. 7 ff., 7/80). 5. 5.1

In psychiatrischer Hinsicht ist der Aktenlage im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen: 5.2

Am 16. Juni 2014 (Urk. 7/18) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine lang anhaltende Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Sorgen, Depression und Schmerzen), bestehend seit 2013. Der Psychiater führte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit 9. November 2013 bei ihm in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 22. Mai 2014 stattgefunden habe (S. 1).

Weiter legte der Psychiater dar, die Beschwerdeführerin sei als zweites von vier Kindern im Kosovo geboren und in normalen Familienverhältnissen aufgewachsen. Sie sei mit einem Landsmann verheiratet und habe drei erwachsene Kinder. Von 2008 bis 2013 habe sie bis zu ihrem Unfall stundenweise in einer Reinigung gearbeitet und vorher habe sie fünf Jahre an einer anderen Arbeitsstelle gearbeitet. Wegen ihrer Rheumaerkrankung sei sie früher in der I.\_\_\_\_ behandelt worden. Ihre letzte Stelle sei ihr 2013 gekündigt worden, da sie seit dem 1. Juli 2013 krankgeschrieben sei. Sie sei auch in neurologischer Behandlung in Zürich. Neben den Schmerzen klage die Beschwerdeführerin über innere Unruhe, Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit und eine Schwäche in den Händen. Trotz Physiotherapie und Medikamenten sei es nicht besser geworden. Sie schlafe mit einer Maske wegen Schlafapnoe (S. 1 f.).

Im Befund hielt der behandelnde Psychiater fest, die Beschwerdeführerin sei orientiert, wach, es bestünden Lücken im Frisch- und Altzeitgedächtnis. Die Mimik sei traurig und depressiv, es liege eine Antriebslosigkeit vor, eine Konzentrationsverminderung sowie eine verminderte Ausdauer. Es bestünden keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisse, Ich-Störungen oder Zwänge. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin ruhig und sie sei nicht suizidal (S. 2).

Gestützt hierauf beurteilte er die Beschwerdeführerin als vollumfänglich arbeitsunfähig, wobei

er dies aus psychiatrischer Sicht mit der verminderten Konzentration und Ausdauer sowie den Schmerzen begründete. Zur Frage, in welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sei, nahm der Psychiater keine Stellung (S. 2 f.).

Das Konzentrationsvermögen beurteilte Dr. H.\_\_\_\_ als mittelschwer eingeschränkt, das Auffassungsvermögen als uneingeschränkt, die Anpassungsfähigkeit als leicht und die

Belastbarkeit als mittelschwer eingeschränkt. Die Fahrtauglichkeit erachtete er als nicht eingeschränkt (S. 5). 5.3

Im Rahmen der Begutachtung der Beschwerdeführerin durch die B.\_\_\_\_ ( Urk. 7/35) diagnostizierte Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 29. Oktober 2014 (S. 39) eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen sowie eine generalisierte Angststörung seit Mitte der 90er-Jahre, früher leichtgradig ausgeprägt, im Rahmen der depressiven Erkrankung zunehmende Symptomatik (S. 48).

Bei der Anamneseerhebung äusserte sich die Beschwerdeführerin zurückhaltend und mit wenig mimischer Beteiligung (S. 40). Im psychopathologischen Befund war die Konzentration durch Ermüdung während der Untersuchung gegen Ende beeinträchtigt (S. 44). Im Zusammenhang mit formalen Denkstörungen konnte festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin deutlich verlangsamt war, aber nicht umständlich. Sie war eingeengt auf depressive Inhalte. Sie berichtete über eine Grübelneigung , vor allem abends und nachts mit Gedankendrängen. Weiter äusserte sich die Beschwerdeführerin dahingehend , seit etwa zwei Jahren vor allen Dingen Angst zu haben. In diesem Zusammenhang führte sie aus, sie müsse viel kontrollieren . Weiter legte sie dar, manchmal habe sie das Gefühl, dass jemand an der Türe sei, der sie töten könnte. Sie wisse, dass dies mit der Angst verbunden sei. Manchmal höre sie in Zuständen, in denen sie Angst habe, eine Stimme. Es bestünden Körpererleben wie Elektrizität in den Armen und olfaktorische Halluzinationen mit unangenehmen Geruchsempfindungen. Die Beschwerdeführerin wirkte bei der Begutachtung ratlos bezüglich der Lebenssituation. Sie berichtete davon, sich häufig leer zu fühlen. Es liess sich eine deutliche Affektarmut beobachten. Die Vitalgefühle waren schwer beeinträchtigt. Sie war mittel gradig bis schwergradig deprimiert. Es lagen eine ausgeprägte Hoffnungslosigkeit und eine schwere Ängstlichkeit vor. Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin erlebe sich häufig dysphorisch und gereizt. Teilweise fühle sie sich innerlich unruhig. Sie sei nicht klagsam oder jammerig gewesen . Sie habe deutliche Insuffizienzgefühle gezeigt . Sie sei deutlich antriebsarm gewesen , in der Untersuchung habe sie motorisch unruhig gewirkt . Sie habe von Sterbenswünschen ohne konkreten Handlungsdruck berichtet (S. 46).

Zusammenfassend führte Dr. J.\_\_\_\_ aus , aktuell sei die Beschwerdeführerin deutlich depressiv herabgestimmt und hoffnungslos. Dies lasse sich psychomotorisch und mimisch beobachten. Sie habe Schlafstörungen. Das Energieniveau sei deutlich reduziert und sie habe eine schwere Antriebsstörung. Immer wieder komme es zu Sterbenswünschen. Sie klagte über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und es lasse sich in der Untersuchung eine schnellere Ermüdbarkeit beobachten. Im formalen Denken sei sie verlangsamt. Hinzu kämen synthyme psychotische Symptome mit Geruchshalluzinationen mit unangenehmen Gerüchen und einer Aktivierung der bereits vorbestehenden Ängste. Zudem bestehe neben der Depression vorbestehend eine Angststörung, die durch die biografische Erfahrung des Kosovo-Konfliktes getriggert worden sei und im Rahmen der depressiven Symptomatik zugenommen habe. Die Angststörung habe die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Durch die Arbeit sei die Angststörung sogar besser geworden, weil die Beschwerdeführerin abgelenkt gewesen sei. Sie habe zwar eine biologisch verwurzelte Geschichte zu den Angstsymptomen. Trotzdem bestehe im Vordergrund eine generalisierte und anhaltende Angst, die sich nicht nur auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränke (S. 49).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit legte der Gutachter dar, bei der aktuellen schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen sei aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Gemäss Mini-ICF könnte die Beschwerdeführerin sich noch an Regeln anpassen. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben sei durch die schwere Antriebsminderung schwer herabgesetzt, ebenso die Flexibilität und Umstellfähigkeit. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei leichtgradig aufgrund der kognitiven Einschränkung beeinträchtigt. Wegen der psychotischen Symptome sei auch das Urteilsvermögen beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei durch die Antriebsarmut schwer beeinträchtigt, ebenso die Selbstbehauptungsfähigkeit aufgrund der Insuffizienzgefühle. Wegen des sozialen Rückzugs sei die Kontaktfähigkeit zu Dritten schwer beeinträchtigt. Familiäre und intime Beziehungen seien mittelgradig beeinträchtigt. Die spontanen Aktivitäten im familiären Bereich seien noch etwas vorhanden, aber mindestens mittelgradig beeinträchtigt (S. 51).

In retrospektiver Hinsicht wurde seitens der Gutachter im Zusammenhang mit den psychischen Einschränkungen dargelegt, nach der Behandlung der Frakturen der Wirbelsäule und des Sakrum mittels Osteoplastie am 23. August 2013 sei es rasch auch zu einer psychischen Verschlechterung gekommen und seit Juli 2013 zu keiner Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit mehr. Eine Neu-Evaluation sollte jedoch aus psychiatrischer Sicht in spätestens einem Jahr erfolgen (S. 32). 5.4

Mit Bericht vom 31. Dezember 2014 betreffend eine psychiatrische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 24. November 2014 (Urk. 7/53/3 ff.) stellte Dr. C. die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, die inzwischen weitgehend am Zurückgehen sei (S. 6).

Der Facharzt führte aus, der psychopathologische Befund sei zum Zeitpunkt der Evaluation durch eine ausgeglichene Stimmungslage gekennzeichnet gewesen. Die affektive Auslenkbarkeit sei ebenfalls intakt gewesen. Im Affekt habe die Beschwerdeführerin nach wie vor empfindsam und vor allem erheblich gekränkt mit Blick auf ihre derzeitige persönliche Situation gewirkt, insbesondere angesichts des durch den letzten Arbeitgeber gekündigten, inzwischen aufgelösten Beschäftigungsverhältnisses als Raumpflegerin. Im Auftreten habe sich die Beschwerdeführerin situationsangemessen und freundlich verhalten, im Ton verbindlich, im Verhalten klagsam. Sie habe mit fester Stimme gesprochen und sei in der Lage gewesen, Blickkontakt zu halten. Psychomotorisch sei sie ausgeglichen gewesen. Die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit, Erinnerung und Umstellungsfähigkeit im Gespräch seien im Rahmen der klinischen Prüfung während der Evaluation intakt gewesen. Ein flüssiger Gesprächsverlauf sei durchgehend möglich gewesen. Im äusseren Erscheinen sei die Beschwerdeführerin gepflegt gewesen. Im formalen Denken sei sie strukturiert und geordnet gewesen. Das inhaltliche Denken sei im Rahmen der Evaluation situationsbezogen auf die Schilderung von Biographie und Krankheitsentwicklung gerichtet gewesen. Gedanklich habe die Beschwerdeführerin vor allem ihre im Moment schwierige persönliche respektive berufliche Situation und eine noch ungewisse nahe Zukunft nach Auflösung des letzten Anstellungsverhältnisses, ausserdem der Umgang mit den dem Vernehmen nach seit einigen Jahren bestehenden Schmerzen beschäftigt. Zeichen psychotischen Denkens, Erlebens, Wahrnehmens oder Verhaltens hätten sich nicht gefunden. Hinweise auf aktuelle Eigen- oder Fremdgefährdung hätten ebenfalls nicht vorgelegen (S. 6). Angesichts des mehrheitlich rückläufigen klinischen Befundes sei die Beschwerdeführerin mit Datum

seiner Untersuchung vollständig arbeitsfähig (S. 7). 5.5

Am 21. September 2015 ( Urk. 7/57 S. 3 ff.) stellten die Ärzte der D.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel- bis schwere Episode, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer Angststörung, nicht näher bezeichnet, bestehend seit 2013. Sie führten aus, die Beschwerdeführerin befinde sich vom 6. Juni 2015 bis voraussichtlich Ende 2015 in tagesklinischer Behandlung in der D.\_\_\_\_, die letzte Kontrolle habe am 4. September 2015 stattgefunden (S. 4).

Weiter legten sie dar, die Beschwerdeführerin sei von Juli 2013 bis fortlaufend 100 % arbeitsunfähig für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft. Sie könne aufgrund der körperlichen Krankheiten nicht mehr arbeitstätig sein. Unter den chronischen Schmerzen seien auch die geistigen und psychischen Schmerzen verstärkt, eventuell auch auslösend. Die anhaltenden Rückenschmerzen würden die Beschwerdeführerin daran hindern, ihre bisherige Tätigkeit ausüben zu können. Momentan sei auch keine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich. Zur Zeit seien die Schmerzsymptomatik sowie die Depression zu ausgeprägt, um an eine Wiedereingliederung zu denken (S. 6 f.). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Depression und dem Schmerzsyndrom in ihrem Konzentrations- und Auffassungsvermögen, ihrer Anpassungsfähigkeit sowie ihrer Belastbarkeit eingeschränkt. Man kenne die Beschwerdeführerin erst seit Juni 2015. Es sei jedoch davon auszugehen, dass diese Einschränkungen seit dem Unfallereignis bestünden (S. 9). 5.6

Am 24. Dezember 2015 ( Urk. 7/67/ 5 f.) diagnostizierten die Ärzte der D.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Angststörung, nicht näher bezeichnet. Sie legten dar, die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann hätten eine Therapiepause gewünscht. Bei Austritt sei die Stimmung der Beschwerdeführerin leichtgradig aufgehellter gewesen. 5.7

In seiner Stellungnahme vom 6. April 2016 ( Urk. 7/67/ 1 ff.) blieb der behandelnde Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ in diagnostischer Hinsicht bei einer langanhaltenden Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Sorgen, Depression und Schmerzen), bestehend seit 2013 (S. 1). Er beschrieb eine allseits orientierte Patientin, wach, bedrückte und depressive Mimik und führte aus, die Beschwerdeführerin sei antriebslos, es bestehe eine verminderte Konzentration sowie Ausdauer. Es lägen keine Anhaltspunkte für Wahnerlebnisse oder Zwänge vor. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin ruhig, nicht suizidal. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte er aufgrund der Schmerzen, der Konzentrations- und Ausdauerverminderung als nicht mehr gegeben -

weder in angestammter noch in angepasster Tätigkeit (S. 2 f.).

5.8

Im F.\_\_\_\_-Gutachten vom 15. Dezember 2016 ( Urk. 7/100) wurde aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt (S. 49).

Der Gutachter legte dar, insgesamt ergebe der psychiatrische Status ein sehr diskrepantes Bild. Die Beschwerdeführerin präsentiere sich teilweise als quasi dement, wobei der Verdacht entstehe, dass dies einer Verdeutlichungstendenz oder sogar einer Simulation im

Sinne einer bewussten Symptomverdeutlichung entspreche. Subjektiv sei für die Beschwerdeführerin die Schmerzsymptomatik im Vordergrund. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung seien jedoch insbesondere die kognitiven Defizite aufgefallen. Die Beschwerdeführerin gebe sich weitgehend hilflos. Sie zeige starke Beeinträchtigungen der Affektivität, sei emotional eingeeignet, habe formale Denkstörungen, berichte auch über Halluzinationen. Allerdings bleibe sie in Bezug auf aktuelle Gegebenheiten, ihre Alltagsschilderung sowie auch die Vorstellungswelt sehr vage. Sie berichte, dass sie selbst in alltäglichen Verrichtungen wie dem Ankleiden und der Körperpflege auf Hilfe angewiesen sei. Mit den diskrepanten Befunden beziehungsweise dem Ablauf der Untersuchung in der neuropsychologischen Untersuchung sowie in den anderen Teiluntersuchungen müsse von psychiatrischer Seite (ebenfalls) der Verdacht auf eine bewusstseinsnahe Symptomverdeutlichung in den Raum gestellt werden. Aufgrund der sehr bewusstseinsnahen Verdeutlichungstendenz sei der Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung sehr schwierig zu beurteilen. Die subjektiven Beschwerden und die präsentierten Symptome würden für eine psychische Erkrankung schweren Ausmasses sprechen, aber aufgrund der Diskrepanzen seien diese Angaben nur sehr schlecht verwertbar (S. 49 f.). Die Untersuchungsbefunde hätten auch in der psychiatrischen, inklusive neuropsychologischen, Untersuchung inkonsistent gewirkt. Insbesondere hätten sich auch grobe Inkonsistenzen gezeigt, wenn man das Verhalten der Beschwerdeführerin in den verschiedenen Teiluntersuchungen betrachte. In der internistischen Untersuchung zeige die Beschwerdeführerin offenbar keinerlei kognitiven Defizite. Sie befolge die Anweisungen des Untersuchers auch auf Deutsch scheinbar ohne Problem. In der psychiatrischen Untersuchung demonstriere sie ein Bild der weitestgehenden Hilflosigkeit. Es sei anzunehmen, dass die demonstrierten Einschränkungen bewusstseinsnah seien und in einer Täuschungsabsicht erfolgt seien. Abgestützt auf das subjektiv präsentierte Beschwerdebild liege bei der Beschwerdeführerin auch in der aktuellen Untersuchung gemäss Hamilton Depressionsindex eine mittelschwere depressive Episode vor. Wegen der bewusstseinsnah vordemonstrierten Symptome und Einschränkungen habe man aber diese Diagnose bewusst nicht aufgeführt (S. 51 f.).

Mit ergänzender Stellungnahme vom 7. Februar 2017 (Urk. 7/103) führten die Gutachter aus, in ihrer Untersuchung hätten sich objektiv keine verwertbaren konsistenten Befunde gezeigt. Die psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse hätten eine dement anmutende, dissoziierte Beschwerdeführerin gezeigt, während dem dieser Umstand keinem anderen Gutachter aufgefallen sei. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei zutiefst auffällig, bizarr gewesen. Dass kein einziger Test in der neuropsychologischen Untersuchung durchgeführt werden könne, selbst nicht ein Test, den schwer minderbegabte Menschen noch durchführen könnten, deute ebenfalls auf eine Simulation hin. Diese bei den verschiedenen Teilgutachtern auf verschiedenen Ebenen aufgefallenen Diskrepanzen mit Verdacht auf Simulation seien durch die zusätzliche fremdanamnestiche Abklärung beim behandelnden Psychiater definitiv auch betreffend Gnostik und Mnestic belegt worden (S. 2). 6.

### **E. 3**

.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2017 ( Urk. 6) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.2**

und 3.3 ) auf einen krankheitswertigen Gesundheitsschaden in psychiatrischer Hinsicht geschlossen werden (zum Grundsatz der Validität: BGE 141 V 281 E. 3.7.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 ).

Es bleibt somit für die nachfolgend vorzunehmende Bemessung des Invaliditätsgrades bei der seitens der F.\_\_\_\_-Gutachter aus somatischer Sicht festgelegten voll umfänglichen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin/Raumpflegerin . In leidens angepasster

leichter Tätigkeit ohne erhöhte Sturzgefahr, in Wechselhaltung, ist dagegen

seit Januar 2014 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen und im Haushalt von einer Einschränkung von 25 %

(E. 4.). 7. 7.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevidierung und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung ( Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4). 7.2 7.2.1

Die Beschwerdeführerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als Vollzeit erwerbstätige ( Urk. 7/107 S. 15, 7/118 S. 1)

und nahm zur Ermittlung des Invaliditätsgrades einen Prozentvergleich ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a ) vor ( Urk. 2). 7.2.2

Im Zeitpunkt des Unfallereignisses am 25. Juni 2013 ( Urk. 7/33/144) war die Beschwerdeführerin in einem Pensum von mindestens 12 Stunden pro Woche

bei der Y.\_\_\_\_

angestellt ( Urk. 7/11 S. 2 ) . Mit Blick auf die Aktenlage ist auf ein effektives Pensum von rund 50 % zu schliessen. So arbeitete die Beschwerdeführerin in den Monaten Februar bis Mai 2013 total 348.78 Stunden (52.43 + 67.48 + 129.00 + 99.87 ;

Urk. 7/11 S. 5 ff. ). Dies ergibt ein durchschnittliches Pensum von rund 21.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1.1**

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 ausge wiesen 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. 6.1.2**

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1 mit Hinweisen).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggregative Verhalten auf eine selbständige, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

### **E. 6.1.3**

Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zuspreehung einer Rente) verstärkt werden. Externe Motivation (Erreichen einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Eine Aggravation liegt umso eher vor, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist - wiederum - zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestisch erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung «Normale» hinausgehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.2**

Zu prüfen ist vorweg, ob die psychiatrische Beurteilung von Dr. J. \_\_\_ im B. \_\_\_ -Gutachten (E. 5.3, Urk. 7/35 S. 39 ff.) als beweiswertig im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (E. 1.3, 6.1.1) zu erachten ist.

#### **E. 6.2.1**

Mit Blick auf das psychiatrische Teilgutachten fallen folgende Ungereimtheiten auf:

Dr. J. \_\_\_ diagnostizierte unter anderem eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (E. 5.3).

Hinsichtlich der psychotischen Symptome fällt auf, dass diese allesamt aus schliesslich auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhten. So führte sie aus, sie habe manchmal das Gefühl, dass jemand an der Türe sei, der sie töten könnte. Sie wisse, dass das in der Regel mit Angst verbunden sei. Weiter berichtete die Beschwerdeführerin von Körpererleben wie Elektrizität in den Armen sowie olfaktorischen Halluzinationen mit unangenehmen Geruchsempfindungen ( E. 5.3 ). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem behandelnden Psychiater Dr. H.\_\_\_\_

nie über psychotische Symptome gesprochen hatte ( Urk. 7/35 S. 44), wobei der Psychiater diese - entgegen seiner Angabe gegenüber dem Gutachter (S. 51) - exploriert hatte (Urk. 7/18 S. 2). Es ist davon auszugehen, dass psychotische Symptome - wären sie effektiv vorhanden - dem behandelnden Psychiater im Rahmen seiner zweiwöchentlichen Behandlung ( Urk. 7/35 S. 40) aufgefallen wären.

Dr. J.\_\_\_\_ war weiter bewusst, dass die Symptome, die für eine Depression sprechen könnten, auch andere Ursachen haben könnten, so etwa die aufgrund der somatischen Beschwerdeproblematik eingenommenen Medikamente sowie die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Schlaf-Apnoe -Symptomatik . Eine eingehende Auseinandersetzung mit dieser Problematik lässt der Gutachter jedoch vermissen ( Urk. 7/35 S. 42, 49, 51).

Sodann befindet sich die Beschwerdeführerin seit November 2013 in psychiatrischer Behandlung. Dr. H.\_\_\_\_ wies Dr. J.\_\_\_\_ explizit darauf hin, dass die Dynamik der Depression (auch) im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation der Beschwerdeführerin stehe ( Urk. 7/35 S. 44). Eine Stellungnahme zur Frage nach einer auf psychosozialen Umständen beruhenden depressiven Symptomatik (BGE 127 V 294 E. 5a) wäre damit - obwohl aus rechtlicher Sicht davon hätte abgewichen werden dürfen - unerlässlich gewesen. Eine solche ist dem Gutachten ebenfalls nicht zu entnehmen.

Hinsichtlich der Beurteilung des retrospektiven Verlaufs fällt schliesslich auf, dass Dr. H.\_\_\_\_ am 16. Juni 2014 auf eine Anpassungsstörung schloss (E. 5.2) . Gegenüber Dr. J.\_\_\_\_ bestätigte Dr. H.\_\_\_\_ demgegenüber, dass der Schweregrad der Depression immer mindestens leicht

war ( Urk. 7/35 S. 44, 51). Auch wenn man hiervon ausgeht, erscheint die seitens der B.\_\_\_\_ - Gutachter gezogene Schlussfolgerung, wonach bei einer psychischen Verschlechterung, die rasch nach der Behandlung der somatischen Probleme im August 2013 eingesetzt habe, von einer vollumfänglich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit seit Juli 2013 ausgegangen werden müsse (E. 5.3) , nicht nachvollziehbar. Vielmehr könnte eine schwere depressive Symptomatik mit in der Folge vollumfänglicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht frühestens ab dem Begutachtungszeitpunkt im Oktober 2014 (E. 5.3) angenommen werden. Eine schlüssige Beurteilung des retrospektiven Verlaufs fehlt somit im B.\_\_\_\_ - Gutachten.

### **E. 6.2.2**

Insgesamt ist aufgrund des Dargelegten darauf zu schliessen, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_

sowohl in diagnostischer Hinsicht (insbesondere bezüglich der psychotischen Symptomatik der Depression) als auch hinsichtlich der (retrospektiven) Beurteilung des Schweregrades der Depression und somit auch der Arbeitsfähigkeit nicht als beweiskräftig im Sinne der

bundesgerichtlichen Rechtsprechung qualifiziert werden kann. Eine Rentenzusage gestützt hierauf wäre damit - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - nicht gerechtfertigt gewesen. Die Durchführung einer weiteren Begutachtung durch das F.\_\_\_\_ war vielmehr angezeigt .

Das F.\_\_\_\_ -Gutachten stellt daher keine unzulässige second

opinion dar ( Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2 f.; vgl. auch BGE 138 V 271 E. 1.1 ).

### **E. 6.3.1**

Mit Blick auf das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der F.\_\_\_\_ -Begutachtung ( Urk. 7/100) fällt sodann Folgendes auf :

Während die Beschwerdeführerin bei der internistischen Untersuchung in beobachteten Momenten beim Gehen eine grosse Unsicherheit zeigte und sich auf fällig kleinschrittig und zögernd bewegte , war in Momenten, in denen sie sich unbeobachtet fühlte , ein flüssiges und unauffälliges Gangbild zu erkennen (S. 23 f.). Bei der rheumatologischen Begutachtung war das Gangbild beidseits hinkend (S. 30), im Rahmen der neurologischen Untersuchung bewegte sie sich gemäss Gutachter sehr auffällig, sehr langsam, auch leicht breitbasig . Sie hinkte mal rechts- mal linksseitig (S. 39). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bewegte sich die Beschwerdeführerin mühevoll, schmerzgeplagt, in schleppendem, unsicherem Gang (S. 46 f.). Im Vorfeld zur neuropsychologischen Untersuchung benötigte sie schliesslich für das Überwinden von zwei Treppen in der Praxis zehn Minuten, wobei sie sich auf allen Vieren vorwärtsbewegte (S. 53).

Anlässlich der internistischen Untersuchung gab die Beschwerdeführerin sodann an, den Oberkörper zu maximal 20° neigen zu können. Im Widerspruch dazu

war sie in der Lage, einen Gegenstand , der ihr aus der Manteltasche gefallen war , mit nahezu gestreckten Knien auf zu heben und damit einen Finger-Boden-Abstand von 0 cm vor zu demonstrieren (S. 24). Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung zeigte sie dagegen einen Finger-Bodenabstand von 50 cm (S. 30), bei der neurologischen Begutachtung konnte die Beschwerdeführerin den Rumpf schliesslich nur um wenige Bewegungsgrade nach vorne beugen (S. 38).

Während der internistischen Nacken- und Rückenuntersuchung zeigte die Beschwerdeführerin weiter massive Schmerzen an, mit Zusammenzucken und Aufjucken selbst bei sanftester Berührung. Im Kontrast dazu war die Rücken- und Nackenuntersuchung bei Ablenkung durch Lesen der Visus -Tabelle auch unter intensivem Druck völlig schmerzlos und ohne Schmerzreaktion oder Schmerzgebahren möglich (S. 24).

Bei der neurologischen Untersuchung beklagte die Beschwerdeführerin als Hauptbeschwerden andauernde Rücken-/Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung , vor allem in das linke Bein, etwas weniger auch in das rechte Bein. Ein angegebenes Kribbeln im linken Bein konnte sie nicht genauer orten und auslösende Momente für die Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine waren ihr nicht bekannt. Sie führte aus, Treppensteigen sei aufgrund der Schwäche in den Beinen erschwert (S. 37). Wegen der vielfältigen Beschwerden könne sie im Haushalt kaum mehr etwas machen

(S. 38). Nach fachärztlicher Untersuchung hielt der Gutachter fest, die Klagen über Gefühlsstörungen und Schwächezustände hätten kein neurologisches Korrelat. Es erstaunte in Anbetracht der vorliegenden Befunde, wie wenig die Beschwerdeführerin im Haushalt tue. Man habe aufgrund der Schilderungen und der vorliegenden Untersuchungsbefunde Mühe, diese schwere Behinderung zu erklären (S. 42).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung blieben die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin diffus und wenig präzise (S. 45). Mit der Angabe eines regel mässigen und intensiven Schmerzmittelkonsums kontrastierten schliesslich die kaum messbaren Medikamentenspiegel (S. 22, S. 25, S. 27, S. 41, S. 67).

Hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten fällt sodann auf, dass ein valider neuropsychologischer Status nicht erhoben werden

konnte. Die Beschwerdeführerin zeigte anfänglich immer deutlich unterdurchschnittliche Resultate. Wurde sie mit diesen konfrontiert, war manchmal eine leicht unterdurchschnittliche Leistung möglich. So gelang ihr beim Kopieren von Figuren anfänglich eine deutlich unterdurchschnittliche Menge. Auf die teils unmöglich wirkenden Lösungen hin gewiesen, gelang ihr die Kopie der Figuren vollständig und richtig (S. 53).

Bei der psychiatrischen Untersuchung konnte die Beschwerdeführerin über frühere anamnestische Gegebenheiten wie die Geburtsjahre ihrer Eltern sowie ihrer Geschwister präzise Auskunft geben, erschien über gewisse Strecken der Untersuchung jedoch als beinahe vollständig kognitiv beeinträchtigt. Sie berichtete davon, nicht mehr alleine Bus fahren zu können, oft habe sie sich bereits verirrt und habe den Ehemann anrufen müssen, damit er sie abhole. Kochen würde sie nicht mehr, sie habe ein paar Mal die Herdplatte brennen lassen. Alleine könne sie nicht mehr sein. Während der Untersuchung wirkte sie zeitweise geistig abwesend, dissoziiert, dann im Verlauf zeitweise wieder vollständig klar. Die Denkvorgänge waren stark verlangsamt. Sie imponierte als kognitiv und emotional schwerst Behinderte, die in sämtlichen Alltagsfunktionen bis hin zu Ankleiden und Körperpflege auf die Hilfe von aussen angewiesen sei. Aufgrund eines durchgeführten, deutlich pathologischen Uhrentests wurde der Verdacht auf eine dementielle Entwicklung gestellt (S. 46 ff., S. 59 f.). In Diskrepanz hierzu war dem behandelnden Psychiater nie aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin an Demenz leiden könnte. Entsprechende Klagen wurden ihm auch nie durch den Ehemann der Beschwerdeführerin vorgetragen (S. 58). Im Rahmen der internistischen Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin den Aufforderungen des Gutachters sodann prompt Folge leisten können (S. 23), was ebenfalls gegen die teils gezeigte schwere kognitive Störung spricht.

### **E. 6.3.2**

Aufgrund des Dargelegten sind erhebliche Diskrepanzen im Verhalten der Beschwerdeführerin dokumentiert. Es bestehen deutliche Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin nicht nur vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels verstärkte, sondern dass sie hierzu sogar das Vorliegen nicht vorhandener Symptome vortäuschte. Dies sowohl hinsichtlich der kognitiven Einschränkungen als auch betreffend die Schmerzproblematik. Es ist damit auf eine absichtliche, vorgetäuschte Symptomerzeugung zu schliessen, welche den Rahmen, der noch als blosser Verdeutlichungsversuch sprechen würde, klar überschreitet (E. 6.1.2 f.).

### **E. 6.3.3**

Diese Annahme bestätigt sich auch im retrospektiven Verlauf . So zeigte die Beschwerdeführerin bereits früher ein hochgradig diskrepantes Verhalten: Sie wurde durch Dr. J.\_\_\_\_

und Dr. C.\_\_\_\_ im Abstand von etwa einem Monat am 29. Oktober 2014 sowie 24. November 2014 psychiatrisch untersucht. Dabei wurden komplett divergierende Befunde erhoben (E. 5.3 f.) : Während sich die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ deutlich affektarm und mit schwerer Beeinträchtigung der Vitalgefühle zeigte , ausgeprägt hoffnungslos/ratlos und schwer ängstlich erschien mit deutlicher Antriebsarmut, Insuffizienzgefühlen und motorischer Unruhe sowie Sterbenswünschen (ohne konkreten Handlungsdruck), war die Stimmungslage bei der Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ ausgeglichen und die affektive Auslenkbarkeit intakt , der Affekt erschien empfindsam und vor allem erheblich gekränkt. Hinweise auf eine Eigen- oder Fremdgefährdung bestanden nicht. Psychomotorisch war die Beschwerdeführerin ausgeglichen. Bei der Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ war die Konzentration sodann gegen Ende der Untersuchung beeinträchtigt, was bei Dr. C.\_\_\_\_ nicht der Fall war

- vielmehr waren Merkfähigkeit, Konzentration, Auffassung, Erinnerung und Umstellungsfähigkeit intakt. Zeichen eines psychotischen Erlebens, Denkens, Wahrnehmens oder Verhaltens zeigten sich bei Dr. C.\_\_\_\_ nicht. Im Rahmen der B.\_\_\_\_-Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin dagegen von Stimmenhören, Körpererleben wie Elektrizität in den Armen und olfaktorischen Halluzinationen. Bei Dr. J.\_\_\_\_ erschien sie im formalen Denken deutlich verlangsamt und eingeengt auf depressive Inhalte. Es bestand eine Grübelneigung mit Gedankendrängen. Sie äusserte sich zurückhaltend und mit wenig mimischer Beteiligung. Gegenüber

Dr. C.\_\_\_\_ war die Beschwerdeführerin im Auftreten dagegen situationsangemessen und freundlich, ihr Ton war verbindlich, sie sprach mit fester Stimme und hielt Blickkontakt. Das formale Denken war strukturiert und geordnet, der Gesprächsverlauf flüssig.

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin ist die Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ (E. 5.4) sehr wohl geeignet, Diskrepanzen aufzuzeigen. So handelt es sich dabei um ein seitens der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenes monodisziplinäres Gutachten (vgl. Urk. 7/53 / 41 f.). Inwiefern diesem der Beweiswert abzusprechen wäre (E. 1.3) , ist weder ersichtlich noch wird dies substantiiert dargelegt . Dr. C.\_\_\_\_ berücksichtigte die seitens der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ( Urk. 7/53 S. 5) und nahm seine Beurteilung nach eingehender Befunderhebung sowie unter Berücksichtigung differentialdiagnostischer Aspekte vor (S. 6 f.).

#### **E. 6.4**

Insgesamt überwiegen damit die Gründe, welche die Annahme einer leistungs auslösenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten. Auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 2 81 kann daher verzichtet werden ( E . 6.1.2 ).

Mit Blick auf die dargelegten offenkundigen und erheblichen Diskrepanzen (E. 6.3 ) kann auch für den Zeitraum, in welchem sich die Beschwerdeführerin bei der D.\_\_\_\_ in Behandlung befand (E. 5.5 f.), nicht mit dem Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E.

#### **E. 8**

## 1. 2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V

146; vgl. Art. 27 und 27 bis IVV in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018) wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ermittelt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei im Erwerbsbereich praxisgemäss berücksichtigt wird, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit erzielen würde. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (BGE 131 V 51 E. 5.5.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2b und 5c).

### **E. 8.1.1**

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) in Art. 27 bis Absatz 2–4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 28. September 2017 (Urk. 2) und somit vor dem Inkrafttreten der Verwaltungsänderung am 1. Januar 2018 ergangen, weshalb die revidierten Bestimmungen noch nicht zur Anwendung gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_462/2017 vom 30. Januar 2018 E. 5.3 mit Hinweisen). Nachfolgend wird daher auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen.

### **E. 8.2**

2

Sowohl bei der A.\_\_\_\_ als auch der Y.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (Urk. 7/11 S. 1, 7/33 S. 102). Damit ist das Valideneinkommen gestützt auf die zuletzt erzielten Einkommen zu ermitteln.

Gemäss Auszug aus den individuellen Konten (IK ;  
Urk. 7/9 S. 1 ) verdiente die Beschwerdeführerin in den Jahren 20

### **E. 8.2.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

### **E. 8.3.1**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

### **E. 8.3.2**

Der Beschwerdeführerin ist gemäss beweiswertiger Beurteilung der F.\_\_\_\_-Gutachter eine leidensangepasste Tätigkeit (seit Januar 2014) in einem Pensum von 70 % zumutbar (E. 6.4) . Da sie kurz nach dem Unfallereignis ihre Erwerbstätigkeit eingestellt (Urk. 7/11 S. 1, 7/33/168) und seither keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE des BFS zu ermitteln, wobei vorliegend das Jahr 2014 massgebend

ist .

Gemäss

LSE- Tabelle TA1 , Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor , verdienten Frauen im Jahr 2014 im Kompetenzniveau 1 durchschnittlich Fr. 4'300. -- pro Monat . Dies entspricht einem Jahreseinkommen von Fr. 51'600. -- (4'300.-- x 12) . Angepasst an das der Beschwerdeführerin zumutbare Pensum von 70 % sowie an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7

Wochenstunden im Jahr 2014

( BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche, Total , 2014) resultiert hieraus ein Invalideneinkommen von Fr. 37'655.10 (51'600. -- x 41.7 /40 x 0.7 ).

#### **E. 8.4**

Bei einer Gegenüberstellung von Valideneinkommen (Fr. 39'333.95 ) und Invalideneinkommen (Fr. 37'655.10 ) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'678.85 (39'333.95 - 37'655.10). Dies entspricht - gewichtet (E. 7) - einem Invaliditätsgrad von rund 3 % (1'678.85/39'333.95 x 0.8, gerundet gemäss BGE 130 V 121).

#### **E. 8.5**

Gemäss beweiswertiger Beurteilung im F.\_\_\_\_ -Gutachten ist die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 25 % eingeschränkt (E. 6.4) . Dies ergibt gewichtet auf 20 % (E. 7 ) einen Invaliditätsgrad von 5 % (25 x 0.2). 8. 6

Insgesamt würde damit selbst unter Anrechnung eines Aufgabenbereichs ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 8

% (3 + 5)

resultieren. Der Anspruch auf eine Invalidenrente wurde damit zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen. 9 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kosten pflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind vorliegend auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Grossen - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

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

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

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

Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelNünlist

**E. 10**

bis 2012 (letzte drei Jahre vor dem Unfallereignis vom 25. Juni 2013, Urk. 7/33/144 ) Fr . 20'313. -- ,

Fr. 27'630. --

sowie Fr. 23'152. -- bei der Y.\_\_\_\_ .

Aufindexiert auf das vorliegend relevante Jahr 2014 (Anmeldung zum Leistungs b ezug am 16. M ä rz 2014, Urk. 7/ 1 , Art. 28 f. IVG ; Bundesamt für Statistik [BFS] , T.1.2.10, Nominallohnindex Frauen, 2011-2016, Position N ) resultieren folgende Einkommen: Fr. 21'064.60 (20'313. -- x 103.7/ 100) ,

Fr. 28'396.75 (27'630. -- x 103.7/ 100.9 ) sowie Fr. 23'584.10 (23'152. -- x 103.7/ 101.8 ). Dies entspricht für das Jahr 2014 einem durchschnittlichen Ein kommen von Fr . 24'348.50 ( [ 21'064.60 + 28'396.75 +

23'584. 10]/ 3 ) bei der Y.\_\_\_\_ .

Gemäss Arbeitsvertrag vom 8. Mai 2013 ( Urk. 7/33/154) entsprach die wöchent liche Arbeitszeit der Beschwerdeführerin b ei der A.\_\_\_\_ 13.5 Stunden. D er Stundenlohn lag bei Fr. 17.8 0. Ein Ferien- und Feiertagszuschlag war separat geschuldet, so auch (nach dreimonatiger Anstellung) ein 13. Monatslohn . Der Ferien- und Feiertagszuschlag belief sich auf 9.53 % , der 1 3. Monatslohn auf 8.33 % ( Urk. 7/36/168). Damit resultiert für das Jahr 2013 bei einer Jahresarbeits zeit von 702 Stunden (13.5 x 52) ein Einkommen von rund Fr. 14'826.50

(702 x 17.80 x 1.0953 x 1.0833) bei der A.\_\_\_\_ . Aufindexiert auf das vorliegend mass gebende Jahr 2014 ( BFS , T.1.2.10, Nominallohnindex Frauen, 2011-2016, Position N ) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 14'985.45 ( 14'826.50 x 103.7/102.6) .

Insgesamt ist damit von einem Valideneinkommen von rund Fr. 39'333.95

( 24'348.50 + 14'985.45 ) auszugehen.

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