

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01305 vom 27. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01305

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01305 du 27 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01305 del 27 agosto 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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. 1.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind 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 Gesundheits schädigung 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 leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (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).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssi g und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrschein lich keit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbe lastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

am Ende).

Attestiert wurde somit eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % von Juni bis zirka Mitte November 2012 (5 ½ Monate) und eine solche von 100 % von zirka Mitte November 2012 bis jedenfalls Mai 2013 (6 ½ Monate), womit die durchschnitt liche Arbeitsunfähigkeit über 12 Monate rund 82 % betrug (980

% : 12). Damit waren am 1. Juni 2013 auch die Voraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 lit . b und c IVG erfüllt.

Ab diesem Datum besteht demnach Anspruch auf eine ganze Rente. Mit dieser Feststellung ist die angefochtene Verfügung - in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde - aufzuheben. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuer legen. 6.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat mit Honorarnote vom 15. August 2018 (Urk. 22/1) einen Aufwand von 24.67 Stunden und Baraus lagen von Fr. 128.40 geltend gemacht (Urk. 22/2). Der Aufwand von rund 6 Stun den im Zusammenhang mit der Beschwerde, von rund 6 Stunden im Zusammen hang mit der Replik , von rund 2 ½

Stunden für das Studium einzelner Akten sowie von 1 Stunde im Zusammenhang mit zusätzlichen Bemühungen betreffend die unentgeltliche Rechtspflege (vgl. Urk. 10, Urk. 13) erscheint zwar als eher reichlich bemessen, kann aber akzeptiert werden. Die verbleibenden rund 9 Stunden hingegen entfallen auf diverse Telefonate und Korrespondenzen, was in diesem Umfang als nicht angemessen zu taxieren ist und nicht vollumfänglich entschädigt werden kann. Setzt man dafür entgegenkommenderweise rund 1 ½ Stunden ein, so beläuft sich das Total der vergütungsfähigen Stunden auf 17 Stunden (6

+ 6 + 1 + 2 ½ + 1 ½), was beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) eine Entschädigung von Fr. 4'166.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ergibt, die ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1. November 2017 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2013 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christina Ammann, Uster, eine Prozessentschädigung von Fr. 4'166.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 1.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im

Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 ; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1 , 133 V 545 E. 7.1). Der Beizug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (v gl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth , IVG , 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 30. November 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihr ab November 2012 eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Mitte Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2018 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 8. Mai 2018 (Urk. 15) wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Mitte Ziff. 2) und wiedererwägungsweise (vgl. Urk. 10, Urk. 13) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt.

Am 11. Juni 2018 erstattete die Beschwerdeführerin eine Replik (Urk. 17). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 25. Juni 2018 auf Duplik (Urk. 20), was der Beschwerdeführerin am 26. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 21).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, es sei nicht von einem bleibenden, therapieresistenten Leiden auszugehen und es sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 2 S. 2 oben) .

In der Beschwerdeantwort führte sie sodann aus , im psychiatrischen Teilgutachten werde als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode aufgeführt. Die erhobenen Befunde liessen sich jedoch nicht mit der Diagnose einer depressiven Störung dieses Ausmasses vereinbaren. Folglich sei auch die hohe Arbeitsunfähigkeit von 70 % nicht nachvollziehbar (S. 1 unten). Aus näher dargelegten Gründen führe auch die Prüfung der Standardindikatoren zum Schluss, dass aus der Sicht der Rechtsanwendung nicht auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden könne (S. 2 unten).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei aus psychiatrischer Sicht ausgewiesen (S. 4 ff.), ebenso aus somatischer Sicht (S. 7 ff. Ziff. 2.2). In ihrer Replik (Urk. 17) wies sie daraufhin, inwiefern sie gemäss den Feststellungen im psychiatrischen Gutachten eingeschränkt sei (S. 2 ff. Ziff. 1) , und dass sie - nach einem Unterbruch infolge Wohnortwechsels - seit Oktober 2016 erneut in regel mässiger psychiatrischer Behandlung sei (S. 5). 3.

E. 3

Die nach im September 2015 erfolgtem Wohnortwechsel (Urk. 9/114) neu zuständige IV-Stelle A.____ (vgl. Urk. 9/167) stellte der Versicherten mit - soweit aktenkundig

undatiertem - Vorbescheid die Zusprache eines Assistenzbeitrags ab Februar 2017 in Aussicht (Urk. 9/183) und sprach ihr mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 eine Hilflosenentschädigung bei leichter Hilflosigkeit ab September 2016 und einer mittleren Hilflosigkeit ab Dezember 2016 zu (Urk. 3/4).

E. 3.1

Die medizinische Aktenlage wurde im Urteil vom 24. April 2014 (Urk. 9/43) wie folgt zusammengefasst (S. 8 E. 4.1): Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin vom 8. November 2011 bis 22. März 2012 und erneut vom 15. November 2012 bis 4. Februar 2013 stationär in der B.____ weilte und seit 4. Februar 2013 von den dortigen Fachärzten und Psychologen im Rahmen eines teilstationären Settings behandelt wird. Nebst Störungen der Impulskontrolle, welche sich namentlich in Form von impulsivem Kaufen von Kleidern äussern, sowie akzentuierten Persönlichkeitsstrukturen diagnostizierten die behandelnden Ärzte und Psychologen der B.____ eine rezidivierende depressive Störung. Im Zeitpunkt des Ersteintritts im November 2011 konnten sie ein depressives Syndrom schwerer Ausprägung erheben (...). In ihren Berichten vom Juli und Oktober 2013 (...) bezeichneten sie die Depressivität der Beschwerdeführerin sodann als mittelgradig ausgeprägt. Ab 11. November 2011 attestierten sie der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit. Nachdem die ursprünglich geplante, sukzessive Wiederaufnahme der Arbeit ab April 2012 (...) offensichtlich gescheitert war und sich die Beschwerdeführerin ab 15. November 2012 erneut in stationäre Behandlung begeben musste, gingen die Ärzte und Psychologen der B.____ in ihrem Bericht vom Juli 2013 (...) wiederum von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Seit Beendigung des zweiten stationären Aufenthalts in der B.____ wird die Beschwerdeführerin im Rahmen der seit 4. Februar 2013 stattfindenden teilstationären Weiterbehandlung intensiv psychotherapeutisch sowie psychopharmakologisch behandelt (...).

Zusammenfassend wurde sodann festgehalten (S. 8 E. 4.2): Vor dem Hintergrund dieser medizinischen Aktenlage ist bei der Beschwerdeführerin seit November 2011 zweifelsohne vom Vorliegen einer fachärztlich schlüssig festgestellten, verselbständigten psychischen Störung auszugehen, welche sich in erheblichem Masse auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt. Entsprechend erachtete RAD-Psychiaterin Dr. C.____ einen länger dauernden Gesundheitsschaden in ihrer Stellungnahme vom Juli 2013 (...) denn auch als ausgewiesen.

E. 3.2

Mit am 10. Oktober 2014 eingegangenem Bericht (Urk. 9/65) führten die Ärzte der B.____ aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit 12. August 2013 bei ihnen in ambulanter Behandlung (Ziff. 1.2), und nannten folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit 2011 - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen, dependenten, paranoiden und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61), seit Kindheit - sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (impulsives pathologisches Kaufen von Kleidern, Schuhen und Accessoires; ICD-10 F63.8), seit vielen Jahren

Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % unter anderem seit Februar 2014 (Ziff. 1.6).

E. 3.3

Vom 29. Oktober 2014 bis 27. Januar 2015 war die Beschwerdeführerin in den D.____ hospitalisiert, worüber am 23. Februar 2015 berichtet wurde (Urk. 9/85/7-17). Es wurden unter anderem folgende Diagnosen genannt (S. 1): - sonstige abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle (ICD-10 F63.8),

Kaufsucht - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) - Abhängigkeit von Nasentropfen (F 55) - Polyarthrose

- schwere Coxarthrose beidseits links

>

rechts (OP bereits geplant) - Gonarthrose rechts - unter Cortisontherapie - arterielle Hypertonie - Migräne - gastroösophagealer Reflux und Gastritisbeschwerden

Der freiwillige Aufenthalt erfolgte zur Behandlung der Kaufsucht (S. 1 unten). Nach dem Klinikaustritt werde die Beschwerdeführerin dreimal pro Woche eine psychiatrische Tagesklinik aufsuchen (S. 6 unten).

E. 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie nannte in einem Zeugnis vom 3. März 2015 als Diagnosen eine Coxarthrose beidseits und eine Gonarthrose rechts mehr als links (Urk. 9/84 = Urk. 9/94).

E. 3.5

Am 12. Januar 2016 erfolgte die Implantation einer Hüfttotalprothese links (Urk. 9/142 Ziff. 1.2) und vom 19. Januar bis 8. Februar 2016 weilte die Beschwerdeführerin in der Klinik F.____ (Urk. 9/141).

E. 3.6

Am 4. November 2016 erstatteten Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, Z.____ Versicherungsmedizin, je ein Fachgutachten (Urk. 9/161/36-56, Urk. 9/136/57-67) und ein gemeinsames Gutachten (Urk. 9/161/1-13), dies nach Untersuchungen am 2. und 7. Juni 2016 (S. 3 Ziff. 1.6).

Die Gutachter nannten die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen aus bidisziplinärer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 5.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - seronegative, HLA B27 negative Spondylarthropathie, Erstdiagnose (ED) 1994, Erstmanifestation (EM) 1992 - Polyarthrosen mit unter anderem symptomatischer Coxarthrose beidseits, Status nach Hüft-Totalprothese Januar 2016, fortgeschrittener medialer und femoropatellärer Gonarthrose rechts - Thorakolumbovertebralsyndrom mit Generalisationstendenz

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10 F63.8) bei anankastischer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), eine behandelte arterielle Hypertonie und eine Adipositas (S. 6 Ziff. 5.2).

In rheumatologischer Hinsicht führten die Gutachter aus, in der

aktuell bestehenden Situation mit symptomatisch aktivierter Coxarthrose rechts sowie dem

bestehenden Rehabilitationsdefizit der linken Hüfte sind noch therapeutische Interventionen

bevor, weswegen aktuell die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit noch nicht möglich sei. Nach Abschluss der therapeutischen Massnahmen sollte aus rheumatologischer Sicht ein

50 % iges Pensum realisierbar werden. Danach wäre eine Verlaufsbeurteilung sinnvoll (S. 8 unten).

In psychiatrischer Hinsicht führten die Gutachter aus, die ICD-10-Kriterien für eine mittelgradige Episode bei rezidivierender depressiver Störung seien erfüllt gewesen. Eine erste schwere depressive Episode sei im Spätherbst 2011 beschrieben worden, weswegen die Explorandin im November 2011 eine stationäre psychiatrische Behandlung benötigt habe. Seit 2011 sei die affektive Problematik wiederholt dokumentiert worden, weswegen mittlerweile von einer Chronifizierung auszugehen sei (S. 8 f.). Aufgrund der im psychiatrischen Gutachten erläuterten Funktionsdefizite bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als hochspezialisierte Ärztin im Bereich „Medical Consulting“ um mindestens 70 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. In einer optimalen Verweistätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht aktuell eine maximal 40%ige Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 9 unten).

Bezüglich individueller Belastungsfaktoren und Ressourcen führten die Gutachter aus, die Explorandin habe viele Ressourcen vor allem intellektueller Art bei einer doppelten Facharztausbildung,

sehr gute Englischkenntnisse und jahrelange Berufserfahrung, wobei aus psychiatrischer Sicht als wichtigste Ressource die von der Explorandin beschriebene „Kämpfernatur“ genannt werde. Aktuell sei sie durch die Antriebsminderung hierin deutlich gebremst (S. 10 Ziff. 6.3).

Bezüglich allfälliger relevanter Persönlichkeitsfaktoren führten die Gutachter aus, die in der anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung der Explorandin bestehenden Anteile der Sorgfalt und Ordentlichkeit könnten aktuell aufgrund ihrer Antriebsminderung nicht im notwendigen Ausmass genutzt werden. Die Residuen nach Behandlung der Impulskontrollstörung und der Interaktion mit den anankastischen Persönlichkeitsmerkmalen müssten als ungünstig bezeichnet werden, weil sich dies negativ auf den Verlauf der affektiven Störung auswirke (S. 10 Ziff. 6.4).

Zur aktuellen Lebenssituation wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin wohne seit August 2015 in einer 2½-Zimmer-Wohnung. Zu ihren Nachbarn habe sie nur

wenig Kontakt, an sozialen Kontakten habe sie drei Personen, welche sie in 1-2 Wochen jeweils einmal sehe. Sie sei musisch veranlagt und liebe Tiere, Hobbies habe sie dennoch keine. Früher habe ihr die Zeit dafür gefehlt, jetzt fehle es ihr vor allem an Antrieb (S. 12 Ziff. 3.4).

Bezüglich Konsistenz führten die Gutachter aus, die von der Explorandin beklagten Beschwerden seien nachvollziehbar gewesen, die vorkannten Diagnosen würden weitgehend auch bei ihnen genannt. Das Krankheitsbild sei in sich schlüssig und konsistent. Eine Aggravation habe nicht gesehen werden können (S. 10 Ziff. 6.5).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aktuell sei die Explorandin immer noch nicht arbeitsfähig, da noch die Operation der rechten Hüfte in absehbarer Zukunft bevorstehe. Danach wäre aus rein rheumatologischer Sicht eine beschwerdeadaptierte Tätigkeit in zunächst 50%igem Pensum zumutbar. Aufgrund der psychiatrischen Einschränkung sei zunächst von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Eine Steigerung werde der Verlauf zeigen (S. 11 oben). In einer Backoffice -Tätigkeit ohne direkten Kundenkontakt und in ruhiger Umgebung wäre die Explorandin nach erfolgreicher Operation gesamtmedizinisch zu 40 % arbeitsfähig. Hier sei die psychiatrische Symptomatik ausschlaggebend. Unter leitliniengerechter Therapie werde langfristig mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % gerechnet. Eine Reevaluation sei in zwei Jahren zu empfehlen (S. 11).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/161/36-56) wurde der psychopathologische Befund wie folgt umschrieben (S. 14): Wach, zu allen Qualitäten orientiert. Formalgedanklich Angabe von Grübeln, sonst geordnet, kohärent, allenfalls leichtgradig verlangsamt. Kognitiv-mnestisch subjektiv Defizite mit vor allem Verminderung der Konzentrationsfähigkeit und verringerter Gedächtnisleistung. Bei detaillierter Prüfung: keine Merkfähigkeitsstörung, mit 3-Wörterprobe geprüft, mittelgradige Konzentrationsfähigkeitsstörung, geprüfte in Subtraktionsreihe 100 -7, Mnestic, gemessen am Abruf von anamnestic Inhalten, intakt, Fähigkeit zum abstrakten Denken und Auffassungsgabe, geprüft durch Sprichwörterdeuten und Begriffsunterschiede erklären, intakt. Die subjektive Grundstimmung wird als herabgesetzt angegeben, ohne zirkadiane Rhythmik, affektiv mittelgradig klagsam, mittelgradig deprimiert, leichtgradig affektarm/affektstarr, Angabe von Antriebsstörungen, psychomorph leicht- bis mittelgradig herabgesetzt. Kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, keine Zwänge. Keine Phobien, keine paroxysmalen Ängste. Angabe von leichtem bis mittelgradigem sozialem Rückzug. Das Selbstwertgefühl wird als herabgesetzt geschildert. Die Hedonie wird als stark reduziert angegeben. Häufige Suizidgedanken, teilweise mit konkreten Plänen einhergehend. Keine akute Suizidalität, keine Fremdgefährdung.

Zu den Aspekten der Persönlichkeit wurde ausgeführt, dass Vorliegen einer polyvalenten Persönlichkeitsstörung, wie in den Vorakten attestiert, könne nicht bestätigt werden. Nachvollziehbar sei hingegen das Vorliegen von anankastischen akzentuierten Persönlichkeitszügen mit Neigung zum Perfektionismus sowie übermassiger Rigidität (S. 14 Mitte).

Funktionsstörungen wurden anhand der Mini-ICF-APP beurteilt (S. 14 Ziff. 4.2). Diese ergab (S. 15): - mittelgradige bis schwere Beeinträchtigung: Durchhaltefähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten - mittelgradige Beeinträchtigung:

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zu familiären/intimen Beziehungen - leichte bis mittelgradige Beeinträchtigung:

Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben,

Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen - leichte Beeinträchtigung:

Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit,

Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Verkehrsfähigkeit - keine Beeinträchtigung: Fähigkeit zu Selbstpflege

Die Diagnose, die Krankheitsentwicklung und den Schweregrad betreffend wurde ausgeführt, die Explorandin präsentiere aktuell ein klinisch gut abgrenzbares affektives Syndrom mit prominenten Defiziten in den Bereichen Psychomotorik, Hedonie und Affektivität. Zum Vorschein komme das Bild einer inzwischen chronifizierten, die meiste Zeit des Bestehens mit deutlichen Funktionsdefiziten einhergehenden affektiven Störung. Bei anamnestisch mindestens zwei durchgemachten depressiven Episoden sei

aktuell die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) zu stellen. Die gut dokumentierte Störung der Impulskontrolle (Kaufsucht) übe dank externer Mechanismen (Beistandschaft, Restriktion von finanziellen Mitteln) keine ungünstigen Einflüsse auf ihre psychosoziale Ordnung mehr aus. Zudem wirke sich die bestehende Antriebsminderung paradoxerweise günstig auf die Manifestationen der Impulskontrollstörung in anderen Lebensbereichen aus (S.

15

f. Ziff. 6.1).

Zu den funktionellen Auswirkungen wurde ausgeführt, die Explorandin präsentiere sich mit diversen Funktionsstörungen, wobei am wichtigsten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten, stress- und verantwortungsreichen Tätigkeit die umschriebene Beeinträchtigung in Bereichen der Psychomotorik und Kognition/Mnestik von Bedeutung sei. Es sei der Explorandin aufgrund von objektivierbaren Befunden nur stark vermindert möglich, an sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz angemessen teilzunehmen und mit der nötigen Ausdauer mitzuwirken, die komplexen Entscheidungen zu formulieren und zu verwirklichen sowie die für das Erbringen einer vollwertigen Arbeitsleistung benötigte Menge der Information effizient zu verarbeiten.

In Anbetracht des rezidivierenden Charakters der affektiven Erkrankung sowie deren Chronifizierung

falle die Beeinträchtigung in die Gesamtschau höher als bei einer nur einmalig aufgetretenen depressiven Episode aus (S. 16 Ziff. 6.2) . 3.

E. 4

Das Verfahren in Sachen der Beschwerdeführerin Nr. IV.2018.00481 (unentgeltliche Rechtspflege im Verwaltungsverfahren) wurde mit Urteil vom heutigen Tag abgeschlossen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

In der angefochtenen Verfügung stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, invalidisierend seien leichte bis mittelgradige depressive Störungen lediglich, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien, was vorliegend nicht der Fall sei (Urk. 2 S. 2 oben). Nach Massgabe von BGE 143 V 409 lässt sich dieser Standpunkt nicht mehr halten (vorstehend E. 1.3). Dementsprechend stellte sich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Urk. 8) auf den Standpunkt, die erhobenen Befunde liessen sich nicht

mit der Diagnose einer mittel gradigen depressiven Störung vereinbaren, dementsprechend sei auch die hohe Arbeitsunfähigkeit von 70 % nicht nachvollziehbar (S. 1 unten). Zu den nunmehr massgebenden Standardindikatoren äusserte sie sich auf zehn Zeilen und kam zum Schluss, es könne nicht auf die gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit abgestellt werden (S. 2 unten).

E. 4.2

Die von der Beschwerdegegnerin angeführten Zweifel an der Verlässlichkeit der im Gutachten genannten Diagnose stützten sich auf entsprechende Ausführungen der RAD-Psychiaterin Dr. I.____ (vorstehend E. 3.7). Diese vermögen jedoch nicht zu überzeugen: Dr. I.____ benannte die laut ICD-10 bei depressiven Episoden massgebenden drei Hauptsymptome und führte aus, dass für eine depressive Episode deren zwei gefordert seien. Sodann stellte sie fest, eines der Hauptsymptome sei nicht erfüllt. Wenn von drei Symptomen eines nicht erfüllt sind, so sind der en zwei erfüllt, was gemäss ICD-10 die Diagnose einer depressiven Episode recht fertigt. Was Dr. I.____ zum Schluss führte, „ strenggenommen “ könne keine depressive Episode diagnostiziert werden, obwohl zwei von drei Hauptsymptomen gegeben waren, erschliesst sich nicht. Damit erweist sich ihre Stellungnahme als nicht nachvollziehbar.

E. 4.3

Die im Gutachten genannte Diagnose steht sodann im Einklang mit sämtlichen anderen aktenkundigen Beurteilungen. Sie führten das Gericht schon 2014 zum Schluss, es sei von einer fachärztlich festgestellten verselbständigten psychischen Störung auszugehen (vorstehend E. 3.1). Im Oktober 2014 (vorstehend E. 3.2) und im Januar 2015 (vorstehend E. 3.3) wurde unter anderem eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Im Januar 2017, nach Erstattung des Z.____ -Gutachtens, nannte auch der für einen deutschen Versicherungsträger amende Gutachter als (einzige) Diagnose eine rezidivierende depressive Störung (vor stehend E. 3.8), ebenso im September 2017 die seit Oktober 2016 behandelnde Psychiaterin (vorstehend E. 3.9).

Vor diesem Hintergrund sind keine Gründe ersichtlich, die im Z.____ -Gutachten genannte Diagnose in Zweifel zu ziehen.

E. 4.4

Sodann ist es unzutreffend oder zumindest ausgesprochen ungenau, wenn die Beschwerdegegnerin davon ausging, im Gutachten (Urk. 9/161/1-13) sei – aus schliesslich - eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert worden. Richtig ist dies lediglich bezogen auf die bisherige, ausgesprochen anspruchsvolle - und entsprechend entlohnte (vgl. nachstehend E. 5.1) - Tätigkeit ; für eine optimale Verweis tätigkeit - Backoffice , ohne direkten Kundenkontakt und in ruhiger Umgebung (S. 11) - wurde die Arbeitsunfähigkeit mit 60 % beziffert

(S. 9 unten). Sodann wurde ausgeführt, nach erfolgter leitliniengerechter Behandlung werde langfristig mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % gerechnet (S. 11).

Somit nähern sich bei richtiger Betrachtung die im Gutachten genannten Grade der Arbeitsfähigkeit den von Dr. I.____ als Erfahrungswert bei mittelgradigen depressiven Episoden genannten 50 % (vorstehend E. 3.7) durchaus an. Ein weiterer Plausibilitätshinweis ergibt sich auch daraus, dass der für einen deutschen Versicherungsträger amende Gutachter in der bisher ausgeübten ärztlichen Tätigkeit eine

volle Arbeitsunfähigkeit attestierte und die Arbeitsfähigkeit auch für einfache nicht ärztliche Tätigkeiten auf weniger als die Hälfte veranschlagte (vorstehend E. 3.8).

Insgesamt ist die im Z. ___ -Gutachten für näher umschriebene adaptierte Tätigkeiten attestierte Arbeitsfähigkeit von 40 % (beziehungsweise prognostisch 50 %) als nachvollziehbar und plausibel einzustufen, so dass darauf abzustellen ist, sofern die Prüfung der Standardindikatoren (nachstehend E. 4.4) nicht anderes ergibt.

E. 4.5

Im psychiatrischen Gutachten (Urk. 9/161/36-56) wurde die Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde einlässlich beschrieben (S. 14) und es wurden insbesondere die sich aus dem Leiden ergebenden Funktionsstörungen anhand des Mini-ICF-APP erhoben, was in einzelnen Funktionen unter anderem mittelgradige sowie mittelgradige bis schwere Beeinträchtigungen ergab (S. 15).

Zum Verlauf der Behandlung ergibt sich, dass eine solche seit 2011 jedenfalls intermittierend erfolgt ist, dies allerdings insoweit ohne Erfolg, als zwischenzeitlich eine Chronifizierung eingetreten sei (S. 8 f.).

Es liegen Komorbiditäten vor, so insbesondere eine seit Jahrzehnten bestehende Spondylarthropathie, Polyarthrosen mit beidseitiger - nunmehr totalprothetisch versorgter Coxarthrose sowie einer Gonarthrose rechts (Gutachten S. 6 Ziff. 5.1).

Betreffend Persönlichkeitsdiagnostik und persönliche Ressourcen wurde im Gutachten darauf hingewiesen, dass an sich vorhandene, vor allem intellektuelle Ressourcen der Beschwerdeführerin durch die Antriebsminderung gehemmt würden (S. 10 Ziff. 6.3), und die Residuen nach Behandlung der Impulskontrollstörung und der Interaktion mit den anankastischen Persönlichkeitsmerkmalen ungünstig seien (S. 10 Ziff. 6.4).

Zum sozialen Kontext ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die allein lebende Beschwerdeführerin nur punktuelle private Kontakte hat und mangels Antrieb keinen Hobbies nachgeht (S. 12 Ziff. 3.4).

Im Gutachten wurde die Konsistenz bejaht (S. 10 Ziff. 6.5), was damit übereinstimmt, dass die Beschwerdeführerin offenkundig nicht nur im Erwerbsbereich, sondern in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist, wie auch damit, dass sie sich seit Ende 2011 immer wieder psychotherapeutischer Behandlung unterzogen hat, was auf einen namhaften Leidensdruck hinweist. Es trifft zu, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung (Juni 2016) gerade nicht in Behandlung war, sondern erst wieder ab Oktober 2016 (vorstehend E. 3.9); daraus ist jedoch - entgegen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8 S. 2) - nicht auf einen fehlenden Leidensdruck zu schliessen.

E. 4.6

Insgesamt ergibt sich, dass sich die Gutachter materiell mit allen massgebenden Standardindikatoren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1) auseinandergesetzt haben. Ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspricht damit den aktuellen Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 5.2.2.). Erfüllt ein Gutachten - wie hier - die Beweisanforderungen, so soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung stattfinden (BGE 144 V 50 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 = SVR 2018 IV Nr. 26 E. 4.2.5). Der entsprechende Versuch der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als verfehlt (Urk. 8 S. 2).

E. 4.7

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt somit dahingehend erstellt, dass gemäss dem von der Beschwerdeführerin eingeholten Gutachten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund somatischer Diagnosen (Spondylarthropathie , Polyarthrosen - Coxarthrosen , Gonarthrose - und Thorakolumbovertebralsyndrom) besteht, was eine Arbeitsfähigkeit von 50 % begründet. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose (rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode) besteht eine Einschränkung in der höchst anspruchsvollen früheren Tätigkeit um 70 % und eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (Backoffice , kein direkter Kundenkontakt, ruhige Umgebung) von 40 % . 5. 5.1

Gemäss dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) vom 6. Juli 2013 (Urk. 9/5) erzielte die Beschwerdeführerin an ihrer vorletzten Stelle in den Jahren 2003 bis 2009 Einkommen zwischen Fr. 252'890.-- (2003) und Fr. 725'121.-- (2009). Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin im Bericht vom 29. November 2012 betrug der Jahreslohn an der letzten Stelle rund Fr. 267'756.-- (Urk. 9/12 Ziff. 2.10).

Unter Einschluss einer Nominallohnentwicklung vom Indexstand 2'630 im Jahr 2012 auf 2'673 im Jahr 2014 (Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Lohnentwicklung) beträgt das Valideneinkommen demnach rund Fr. 272'000.-- (Fr. 267'756. -- : 2'630 x 2'673). 5.2

Die Beschwerdeführerin verfügt als promovierte Ärztin über ein weiterhin verfügbares namhaftes Grundwissen, kann jedoch gemäss dem ärztlich formulierten Anforderungsprofil (vorstehend E. 4.6) die bis anhin ausgeübten höchst anspruchsvollen Aufgaben nicht mehr bewältigen. Dies ist durch entsprechend gewählte LSE-Daten (vorstehend E.

1.5) Rechnung zu tragen. Am passendsten erscheint dabei innerhalb der massgebenden Tabelle (TA 1_tirage_skill_level) die Kategorie freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (Ziff. 64-66) - welche nach den Bereichen der Finanz- und Versicherungsdienstleistungen sowie Information und Kommunikation die höchsten Löhne aufweist - und das Abstellen auf das höchste Kompetenzniveau (4). Hier betrug das 2014 von Frauen erzielte mittlere Gehalt Fr. 7'480.--, was umgerechnet auf ein Jahr und entsprechend einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden rund Fr. 93'575.-- im Jahr ergibt (Fr. 7'480.-- x

E. 7

Am 10. Januar 2017 nahm Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zum Gutachten Stellung (Urk. 9/176 S. 4 ff.). Sie wies darauf hin, dass laut ICD-10 für eine depressive Episode zwei von drei näher umschriebenen Hauptsymptomen gefordert seien und stellte fest, dass eines davon als nicht erfüllt betrachtet werden könne, weshalb strenggenommen keine depressive Episode diagnostiziert werden könne (S. 5). Bei einer mittelgradigen depressiven Episode könne im Allgemeinen von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, bei der Beschwerdeführerin bestehe jedoch allerhöchstens eine leichte depressive Episode (S. 6 Mitte). Nach Anmerkungen zu einzelnen Passagen im Gutachten (S. 5 f.) kam sie zum Schluss, insgesamt sei das Gutachten nicht klar nachvollziehbar und schlüssig, so dass nicht darauf abgestellt werden könne (S. 6 unten). 3.

E. 8

Am 1. Februar 2017 erstattete Prof. Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum K.____ (D) ein

psychiatrisches Gutachten zu Handen des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen (Urk. 3/3). Als Diagnose nannte er eine depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (S. 8 Ziff 3.a). Die bisher beziehungsweise zuletzt ausgeübte ärztliche Tätigkeit könne nicht mehr durchgeführt werden. Es könnten auch keine anderen ärztlichen Tätigkeiten qualitativ zufriedenstellend ausgeübt werden. Zudem müssten Tätigkeiten nach weniger als drei Stunden abgebrochen werden (S. 9 lit . b). Es könne keine Tätigkeit ausgeübt werden, welche mit Notdienst, Führen eines Kraftfahrzeugs, Stehen und Gebrauchs fertigkeiten beider Hände zusammenhängen (S. 9 lit . c). Verbleibende einfache nicht-ärztliche Tätigkeiten könnten nur noch weniger als halbtäglich ausgeübt werden (S. 9 lit . d). 3.

E. 9

Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin seit dem 28. Oktober 2016 behandelt (vgl. Urk. 17 S.

5 Mitte), nannte in einer Stellungnahme vom 28. September 2017 (Urk. 9/187/3-4) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung - Missbrauch von nicht abhängig machenden Substanzen (Schmerzmittel und hoch dosierte Antidepressiva) - abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle (Kaufzwang) - frontale subcorticale Funktionsstörungen (FIRDA, Diagnose 2015, anamnestic) - Schmerzstörung - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung

Als Befunde nannte sie eine gedrückte Stimmung, eine starke Verminderung des Antriebes, eine Verminderung der Energie, eine erhöhte Ermüdbarkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit und Hilflosigkeit, Schlafstörungen, gesteigerten Appetit, und Suizidgedanken ohne Suizidimpulse (S. 1 Ziff. 2).

Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 3.1).

In ihrem Bericht vom 8. Mai 2018 führte Dr. L.____ aus, diagnostisch bestünden eine rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine sonstige abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle sowie diverse somatische Erkrankungen. Eine berufliche Tätigkeit sei zurzeit nicht vorstellbar (Urk. 18/1). 4.

E. 12

: 40.0 x 41.7), was ein Invalideneinkommen bei einer Arbeitsfähigkeit von 40 % von Fr. 37'430.-- und bei einer solchen von 50 % von rund Fr. 46'788.-- ergibt. 5.3

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 272'000.-- (vorstehend E. 5.1) mit dem Invalideneinkommen (vorstehend E. 5.2) ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 234'570.-- oder Fr. 225'212.--, wo mit einem Invaliditätsgrad von 86 % oder 83 % resultiert.

Selbst unter der (prognostischen) Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 50 %

resultiert damit ein Invaliditätsgrad, welcher einen Anspruch auf eine ganze Rente begründet. 5.4

Nachdem die Anmeldung am 19. Dezember 2012 erfolgte, kann ein Rentenanspruch frühestens ab 1. Juni 2013 bestehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

Im Arztbericht der B.____ vom 5. Juni 2012 (Urk. 9/6/8-14) wurde eine Arbeitsunfähigkeit ab 8. November 2011 attestiert (Ziff. 4) und eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 20 % am 20. April 2012 und zu 40 % ab 4. Juni 2012 berichtet (Ziff. 5).

Im Arztbericht der B.____ vom 23. Januar 2013 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 12. November 2012 attestiert (Urk. 9/6/5-7 Ziff. 8).

Im Arztbericht der B.____ vom 8. Juli 2013 (Urk. 9/23) wurde ausgeführt, aktuell bleibe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehen (Ziff.

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