

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00889 vom 9. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00889](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00889)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00889 du 9 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00889 del 9 giugno 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1974, Mutter von zwei Söhnen (Jahrgänge 1999 und 2001), hat in Serbien-Montenegro eine Ausbildung zur Schneiderin/Näherin absolviert und übte nach ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 1997 verschiedene Hilfsarbeitsmöglichkeiten aus, zuletzt vom 3. April 2014 bis zum 28. Februar 2015 sowie seit dem 1. August 2015 bei Y.\_\_\_\_ AG als Unterhaltsreinigerin in Teilzeit (Urk. 7/4/5, Urk. 7/11, Urk. 7/12/2). Am 19. Mai 2015 war sie Opfer von häuslicher Gewalt durch ihren damaligen Ehemann geworden. Sie hatte dabei Verletzungen im Bereich des Kopfes, der Halswirbelsäule (HWS), am Hals sowie an Oberkörper und Becken erlitten (Urk. 7/17/6). Ab dem 11. Dezember 2015 wurde ihr durch ihren Hausarzt, med. pract. Z.\_\_\_\_, eine fortlaufende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/17/7, Urk. 7/21/3, Urk. 7/37/4-23, Urk. 7/39/4). Daraufhin kündigte der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis auf den 31. Mai 2016 (Urk. 7/12/8). Unter Hinweis auf chronifizierte Rückenbeschwerden bei degenerativer Veränderung der Lendenwirbelsäule, einer Chondrosis

intervertebralis L4/5 sowie Spondylarthrosen und einem chronifizierten

zervikobrachiales Schmerzsyndrom meldete sie sich am 4. Juli 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog wiederholt Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/17, Urk. 7/37) und teilte der Versicherten am 8. September 2016 mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/23). In der Folge liess sie die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in Beruf und Haushalt durch die A.\_\_\_\_ polydisziplinär abklären (A.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. Juni 2018, Urk. 7/62). Hernach veranlasste sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 29. Juni 2018 (Urk. 7/65/7 f.). Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Juli 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/66). Daraufhin liess diese am 31. August 2018 Einwand erheben (Urk. 7/72) und reichte einen aktuellen Bericht der behandelnden Psychologin lic. phil. B.\_\_\_\_ sowie ihres Hausarztes ein, aus welchem unter anderem hervorging, dass sie seit September 2018 am Programm der Arbeitsintegration C.\_\_\_\_ teilnehme (Urk. 7/69/2). Am 13. September 2018 verfügte die IV-Stelle im angekünftigen Sinne (Urk. 7/77 = Urk. 2).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der

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

### **E. 1.2**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs.

### **E. 1.3**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevidierung und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbestimmung (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 ganztätig 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 überwiegenden 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).

### **E. 1.4**

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 145 V 215 E. 5.1, 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.5**

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 gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete 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. 1.6**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass die Beschwerdeführerin seit dem 9. Februar 2016 gesundheitlich eingeschränkt sei. Die Abklärungen hätten jedoch ergeben, dass weder aus somatischen noch aus psychischen Gründen eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege, die eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Zudem seien die therapeutischen Massnahmen, welche zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würden, nicht genügend ausgeschöpft (Urk. 2 S. 1). Aus dem mit dem Einwand eingereichten Bericht von lic. phil. B.\_\_\_\_ sowie med. pract. Z.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 gingen keine neuen medizinischen Tatsachen hervor. Der objektive Befund sei nur leichtgradig einschränkend, sodass nicht von einem erheblichen Gesundheitsschaden ausgegangen werden könne, welcher die Arbeitsfähigkeit langandauernd einschränke. Erfreulich sei, dass die Beschwerdeführerin an einem Programm der C.\_\_\_\_ teilnehme, was jedoch nichts an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ändere (Urk. 2 S. 2). Die Voraussetzungen für Leistungen der Invalidenversicherung seien nicht erfüllt und es liege keine relevante Einschränkung vor (Urk. 2 S. 1).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, entgegen der angefochtenen Verfügung sei sie nicht erst seit dem 9. Februar 2016 gesundheitlich eingeschränkt. Die von den Gutachtern der A.\_\_\_\_ diagnostizierte mittel schwere depressive Episode (mit attestierter Arbeitsunfähigkeit von 100 %) bestehe mindestens seit Dezember 2015 und habe gemäss Gutachten zumindest bis September 2017 zur vollumfänglichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt (Urk. 1 S. 4). Zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenanspruches im Januar 2017 sei ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich und eine solche von 30 % im Haushalt gutachterlich attestiert worden. Bei einer Qualifikation von 30 % Erwerbstätigkeit und 70 % Haushaltstätigkeit ergebe sich ein Anspruch auf eine (befristete) halbe Rente. Sofern von einer (bestrittenen) rentenausschliessenden Verbesserung ab September 2017 ausgegangen würde, hätte die halbe Rente gestützt auf Art. 88a Abs. 1 IVV frühestens per 1. Januar 2018 aufgehoben werden dürfen. Entgegen dem Gutachten sei die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sodann nicht weitgehend remittiert und nur noch subsyndromal vorhanden (Urk. 1 S. 5). Die Berichte der behandelnden Psychologin sowie des Hausarztes vom

13. November 2017 sowie 27. August 2018 würden belegen, dass sie an einer tiefgreifenden, mit der Depression verbundenen PTBS leide. Zudem liege gemäss diesen Berichten noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Sie sei derzeit immer noch zu 100 % arbeitsunfähig und könne auch die Hausarbeiten nur langsam, mühsam und mit Pausen erledigen, weshalb ihr die halbe Rente auch nach dem 1. Januar 2018 weiterhin auszurichten sei (Urk. 1 S. 6). Die Beschwerdegegnerin habe ferner ihre Untersuchungspflicht verletzt, indem sie nicht wenigstens den Anspruch auf eine befristete Rente geprüft habe. Überdies habe sie ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem sie sich nicht mit den Vorbringen im Einwand und dem damals einge reichten Bericht der Behandler vom 27. August 2018 auseinandergesetzt oder ihn dem RAD unterbreitet habe. Des Weiteren hätte die Beschwerdegegnerin ihren Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen prüfen müssen, insbesondere, da sie Kenntnis davon erhalten habe, dass sie ab September 2018 am Programm der Arbeitsintegration C.\_\_\_\_ teilgenommen habe (Urk. 1 S. 7).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt in genügender Weise abgeklärt hat und bejahendenfalls, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3.

### **E. 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 gültig gewesenen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V 146; vgl. Art. 27 und 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, 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. 3.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin, erklärte in seinem Bericht vom 20. Januar 2016 (Urk. 7/20/7 f.), die Beschwerdeführerin leide an einem lumbospondylogenen bis panvertebralen Schmerzsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen lumbal mit Osteochondrose (L4/L5). Ferner hielt er ein zervikovertebrales bis zervikospondylogenes Syndrom mit wiederkehrender Cephalgie bei dringendem Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation und Traumatisierung vom 19. Mai 2015 fest. Dazu erklärte Dr. D.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin berichte schon seit längerem über tiefe lumbale Rückenschmerzen. Diese hätten seit einem Jahr deutlich zugenommen und würden ins linke Bein ausstrahlen und sich auch thorakal bis okzipital und frontal ausbreiten. Am 19. Mai 2015 sei es zu einer Mehrfachverletzung durch den Ehemann mit anschliessender Notfallhospitalisation im Kantonsspital E.\_\_\_\_ gekommen. Dort seien mehrere Abklärungen im

Schädel-Halswirbelsäulen-Bereich vorgenommen worden, wobei stets unauffällige ossären Strukturen beschrieben worden seien (Urk. 7/20/7). Die Beschwerdeführerin leide an einem komplexen Schmerzsyndrom, vordergründig lumbospondylogem bis panvertebral mit Cephalgie. Die Beschwerden seien durch die somatischen Befunde nur zum Teil erklärbar. Denkbar sei, dass die schwierige psychosoziale Belastungssituation mit einer möglichen reaktiven depressiven Entwicklung schmerzverstärkend sei. Aus rein somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Die Beschwerdeführerin selbst wünsche ebenfalls, eine leichte Tätigkeit auszuführen (Urk. 7/20/8).

### **E. 3.2**

Dem Austrittsbericht vom 8. Dezember 2016 des Reha zentrums

F.\_\_\_\_ (Urk. 7/32) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin dort vom 28. Oktober bis 17. November 2016 in stationärer Behandlung befand. Die behandelnden Ärzte stellten folgende Diagnosen (Urk. 7/32/1): - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Differentialdiagnose (DD) im Rahmen der posttraumatischen Störung, therapieresistente chronifizierte Rückenbeschwerden: Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS), Chondrositis

intervertebralis L4/5 sowie Spondylarthrose (MRI vom 23. April 2014) - Posttraumatische Belastungsstörungen nach häuslichem Missbrauch (ICD-10 F43.1), letzter Gewaltübergriff im Mai 2015: Leichte traumatische Hirnverletzung, Kontusion infraorbital links mit Weichteilhämatom, Kontusion parietal links, Kontusion Halswirbelsäule (HWS), Würgemale am Hals, Kontusion sternal und Oberbauch mittig, Kontusion Becken. Seitdem Flashbacks, Schlafstörungen, innere Unruhe, Ängste, Konzentrationsstörungen, Stressintoleranz, depressive Verstimmung, Kopfschmerzen, vegetative Übererregbarkeit - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), mit Inappetenz, Schlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Verdacht auf Kopfschmerzattacken im Sinne einer Migräne

Dazu ergänzten sie, die Beschwerdeführerin leide vor dem Hintergrund einer PTBS nach häuslicher Gewalt unter einer chronischen Schmerzstörung, einhergehend mit einer depressiven Störung und Ängsten. Während des stationären Aufenthaltes sei es ihr gelungen, erste Fortschritte im Hinblick auf das Erkennen und Wahren eigener Grenzen durch Erhöhung der Selbstfürsorge zu machen und ihr Krankheitsverständnis in ersten Ansätzen zu erweitern

(Urk. 7/32/3). Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, die Beschwerdeführerin sei bis zum 1. Dezember 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Eine berufliche Reintegration erschiene zum Zeitpunkt des Austrittes kurzfristig noch wenig realistisch, zumal sich die Beschwerdeführerin in der Alltagsbewältigung, vor allem auch in administrativer Hinsicht, noch überfordert fühle (Urk. 7/32/4).

### **E. 3.3**

Dem Abschlussbericht der integrierten Psychiatrie G.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 (Urk. 7/47) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin dort vom 8. Juni bis 8. September 2017 in tagesklinischer Behandlung befand. Die Behandler hielten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) fest (Urk. 7/47/1). Des Weiteren erklärten sie, das

psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin sei im Verlauf der Behandlung besonders durch das Setting der Bewegungstherapie und durch den Kontakt zu weiblichen Mitpatientinnen günstig beeinflusst worden. Während der Behandlung sei die Medikation gemäss med. pract. Z. \_\_\_ weitergeführt worden. Eine antidepressive Medikation sei ihr empfohlen und mit ihr besprochen worden. Sie habe sich jedoch diesbezüglich sehr kritisch gezeigt und lehne eine psychopharmakologische Einstellung ab. Die objektivierbare Diagnose einer depressiven Episode sei vor dem Hintergrund einer Traumafolgestörung bei in der Vergangenheit erlebten psychisch traumatisierten Ereignissen interpretiert worden. Symptome, welche konkret für eine PTBS sprechen würden, seien keine geäußert worden. Es sei jedoch auch keine traumaspezifische Exploration durchgeführt worden. Eine solche werde empfohlen. Im Behandlungsverlauf habe eine leichte Zustandsverbesserung erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin wirke zunehmend hoffnungsvoller, kontaktfreudiger und schwingungsfähiger. Sie wünsche keine Anbindung an eine ambulante Tagesstruktur. Am 8. September 2017 habe sie in leicht stabilerem Zustand ohne Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung entlassen werden können (Urk. 7/47/2).

### **E. 3.4**

In ihrem Bericht vom 13. November 2017 (Urk. 7/49) führten die behandelnde Psychologin lic. phil. B. \_\_\_ sowie med. pract. Z. \_\_\_ die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), einer PTBS (ICD-10 F43) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 7/49/1). Gleichzeitig hielten sie fest, dass nicht mehr mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne (Urk. 7/49/3). Im Weiteren führte lic. phil. B. \_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 17. März 2017 bei ihr in delegierter Psychotherapie. Sie leide unter chronischen Schmerzen im Rücken-, Nacken- und Kopfbereich. Auch die Brust (Schmerzen, Zysten) habe ihr einige Male Probleme bereitet. Vor dem Hintergrund traumatisierender Erfahrungen (Missbrauchs- und Gewalterfahrung in der Ehe, Schussverletzung am Bein im Alter von 14 Jahren) und aktueller psychosozialer Belastungen habe sie zunehmend unter Depressionen gelitten. Eine dreiwöchige stationäre Behandlung in der Klinik F. \_\_\_ , im Jahr 2016 habe keine nennenswerte Zustandsverbesserung gebracht. Sie sei im Kontakt gut zugänglich, wirke aber besorgt und pessimistisch bezüglich ihrer gegenwärtigen Situation und der Zukunft. Früher habe sie teilzeitlich als Putzfrau gearbeitet, doch jetzt gehe aufgrund der Schmerzen, die sie sehr beschäftigen würden, nichts mehr. Auch ihre Konzentration sei schlecht geworden, sie vergesse sehr viel und berichte über sorgenvolles Gedankenkreisen. Die Schilderungen über das ambulante Setting in der G. \_\_\_ liessen verringerte Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem (was bei ihr leicht Verunsicherung auslöse), hingegen positive Reaktionen auf Bekanntes erkennen, wo sie sich sicher fühlen könne (Urk. 7/49/6).

Betreffend die Arbeitsfähigkeit führten die Behandler aus, zur Zeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Arbeiten, auf lange Sicht. Dies begründeten sie mit den beschriebenen psychischen Problemen und dem gesamten Gesundheitszustand. Dadurch sei auch die Alltagsbewältigung eingeschränkt und die Lebensqualität reduziert. Psychotherapeutisch gehe es gegenwärtig darum, die Beschwerdeführerin auf ihrem weiteren Lebensweg zu unterstützen, momentan sei eine Tendenz zur Besserung zu erkennen (Urk. 7/49/7).

### **E. 3.5.1**

Am 18. Juni 2018 erstattete das A.\_\_\_\_ das polydisziplinäre Gutachten in den Bereichen Psychiatrie, Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie und Neurologie (Urk. 7/62). Darin hielten die Gutachter als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (Urk. 7/62/6): - Spezifische Phobie (ICD-10 F40.2) - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Subsyndromale PTBS (ICD-10 F43.1, weitgehend remittiert) - Kopfschmerzen vom Spannungstyp, ausserdem Verdacht auf Migräne ohne Aura, Verstärkung der Symptomatik seit dem Trauma vom Mai 2015 - Hypercholesterinämie - Refluxbeschwerden - Vitamin-D-Mangel - Vitamin B12-Mangel - Fibrozystische Mastopathie rechts (Mammographie und Mammasonographie vom 13. Februar 2017) ohne Anhaltspunkte für Malignität - Allergien auf Tierhaare, Hühner, Staub - Panvertebrales Schmerzsyndrom bei - chronisch rezidivierenden

Zervikobrachialgien linksbetont ohne Hinweis auf fortgeschrittene degenerative Veränderungen oder Funktionseinschränkungen - rezidivierende Dorsalgien ohne Hinweis auf fortgeschrittene degenerative Veränderungen und Funktionseinschränkungen - ohne Anhaltspunkte für radikuläre Reiz- beziehungsweise Ausfallsymptomatik - Chronische Lumbalgien, Lumboischialgien mit leichtgradigen degenerativen Veränderungen (Spondylarthrose L4/5) ohne Hinweis auf Funktionseinschränkungen

### **E. 3.5.2**

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 16. April 2018 (Urk. 7/62/17-37) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine depressive Grundstimmung, verknüpft mit Verbitterung und Vorwürfen, insbesondere gegenüber dem Vater. Darüber hinaus schildere sie auch Selbstwertzweifel sowie neben Herabstimmung auch Beeinträchtigungen in der Fähigkeit, Freude zu empfinden. Neben den Kardinalsymptomen würden auch akzessorische Symptome einer Depression vorliegen, welche insgesamt die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bestätigen würden. Ferner bestünden einzelne Merkmale einer Traumafolgestörung, diese seien aber gegenwärtig nicht so ausgeprägt, dass das Vollbild einer PTBS – wie vom Hausarzt med. pract. Z.\_\_\_\_ und der Psychologin lic. phil. I.\_\_\_\_ er wähnt – bestätigt werden könne. Des Weiteren bestünden keine Hinweise auf eine dissoziative Störung. Betreffend die somatoforme Schmerzstörung hielt der psychiatrische Gutachter fest, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen seien nicht vollumfänglich und in ihrer Ausprägung und Ausgestaltung durch körperliche Symptome zu erklären. Das Vorliegen eines andauernden schweren und quälenden Schmerzes sei trotz des Zusammenhanges mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen nicht so ausgeprägt, dass die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung in schwerwiegender Form bestätigt werden könne (Urk. 7/62/30).

Zusammenfassend sei mithin festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin, wie auch seitens der behandelnden Ärzte und Therapeuten attestiert, eine mittelgradige depressive Episode vorliege. Eine PTBS bestehe jedoch nur subsyndromal und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in geringer Ausprägung. Daraus ergebe sich, dass für die Arbeitsfähigkeit lediglich die depressive Episode relevant sei (Urk. 7/62/30). Die im Austrittsbericht des Reha zentrums

F.\_\_\_\_ genannte Diagnose der generalisierten Angststörung könne nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin habe zwar einzelne Ängste geschildert, diese hätten jedoch den psychopathologischen Befund zu keinem Zeitpunkt geprägt. Daher seien sie im Zusammenhang mit der depressiven Episode zu interpretieren. Zudem sei die spezifische Phobie (Höhenangst, Phobie in der Nähe von Baustellenkränen) ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/62/31).

Betreffend die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität notierte der Gutachter, auch wenn die Beschwerdeführerin sich subjektiv vollständig invalidisiert erlebe, zeige sie durchaus Aktivitäten im Alltag, welche erkennen liessen, dass – wenngleich mit Einschränkungen – eine Bewältigung und Strukturierung des Alltags möglich sei. Die beklagte Schmerzintensität und die geschilderten Funktionseinbussen würden sich nicht vollumfänglich im Untersuchungsbefund widerspiegeln (Urk. 7/62/32).

In Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden diverse leicht- bis mittelgradige Einschränkungen (Urk. 7/62/32 f.).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit erklärte der Gutachter, die Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie angepasster Tätigkeit betrage 70 %. Retrospektiv gelte diese Arbeitsfähigkeit ab Austritt aus der G.\_\_\_\_ im September 2017. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Dezember 2015 könne aufgrund der Akten nicht widerlegt werden. Über weiter zurückliegende Zeiträume könne keine Aussage getroffen werden (Urk. 7/62/33 f.). Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine fortgesetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung auf 100 % gesteigert werden. Mit einer Behandlungsdauer von zwei Jahren sei allerdings zu rechnen. Neben der fortgesetzten und gegebenenfalls auch noch zu intensivierenden ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sei eine psychiatrische Mitbehandlung einschliesslich Psychopharmakotherapie zu erwägen. Die Beschwerdeführerin berichte zwar über Nebenwirkungen früher verordneter Antidepressiva. Möglicherweise könne aber ein Wechsel der Substanzklasse oder ein vorsichtiges Einschleichen einer antidepressiven Therapie zur Stabilisierung beitragen (Urk. 7/62/35). Im Haushalt bestünden aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen (Urk. 7/62/35 f.).

### **E. 3.5.3**

Im internistischen Fachgutachten vom 7. Juni 2018 (Urk. 7/62/38-51) statuierte Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, einen weitgehend unauffälligen Befund (Urk. 7/62/44) und stellte vorwiegend leichte Störungen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/62/45).

### **E. 3.5.4**

In ihrer neurologischen Begutachtung vom 14. März 2018 (Urk. 7/62/68-78) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, ebenfalls einen unauffälligen Untersuchungsbefund ohne Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/62/73-75).

### **E. 3.5.5**

Aus orthopädischer Sicht stellte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem Teilgutachten (Urk. 7/62/52-63) ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das panvertebrale Schmerzsyndrom bei leichtgradiger Skoliose bewirke keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerden liessen sich durch somatische Befunde nur zum Teil erklären. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich im gesamten

Wirbelsäulenbereich keine wesentlichen Funktionseinschränkungen gezeigt. Auffällig sei lediglich eine leichte skolio tische Fehllhaltung mit rechtskonvexer Seitablenkung der Lendenwirbelsäule mit Gegenschwungung der Brustwirbelsäule. Die Funktionen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule stellten sich nicht funktionseingeschränkt dar. Radiologisch würden sich keine Hinweise auf fortgeschrittene degenerative Veränderungen ergeben. Signifikante Umfangsverminderungen an oberen und unteren Extremitäten liessen eine seitendifferente sensomotorische Defizitsymptomatik nicht objektivieren. Aus orthopädischer Sicht würden sich keine Gesundheitseinschränkungen ergeben, welche die Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter oder leidens adaptierter Tätigkeit einschränken würden (Urk. 7/62/59). Mit dem Ereignis vom 19. Mai 2015 (Kontusion des Beckens, der Wirbelsäule und des Kopfes) hätte die Arbeitsfähigkeit sistiert. Aus orthopädischer Sicht liesse sich die Persistenz der lumbalen Schmerzen und Extremitätenschmerzen linksbetont jedoch nicht ableiten (Urk. 7/62/60). Den physiologischen Gesetzen der Heilung folgend sei eine Kontusion des Beckens, der Wirbelsäule sowie des Kopfes spätestens seit drei bis vier Wochen ausgeheilt. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen (Urk. 7/62/61).

### **E. 3.5.6**

Im polydisziplinären Konsens wurde zusammenfassend ausgeführt, einzig die mittelschwere depressive Episode bewirke eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 %. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, Tätigkeiten, die ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechen würden, regelmässig auszuüben. In Anlehnung an das Mini-ICF bestünden nur geringfügige Einschränkungen in einzelnen Teilbereichen. Eine Tätigkeit im Haushalt könne sie vollumfänglich ausüben. Aus somatischer Sicht sei sie ferner in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen. Die zuvor attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in angestammter sowie angepasster Tätigkeit von Dezember 2015 bis September 2017 sei auf Basis der vorliegenden Befunde nicht zu widerlegen. Seit September 2017 (Austritt aus der Behandlung in der G.\_\_\_\_) sei die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % wiederhergestellt (Urk. 7/62/8). Von Mai 2015 bis September 2017 habe sodann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt im Umfang von 30 % bestanden. Seit September 2017 bestehe keine Einschränkung mehr im Haushalt (Urk. 7/62/9 f.).

### **E. 3.6**

In seiner Stellungnahme vom 29. Juni 2018 (Urk. 7/65/7-8) hielt der RAD-Arzt dipl. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, fest, das A.\_\_\_\_-Gutachten sei nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel. Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft ergäben sich infolge der reduzierten psychischen Belastbarkeit sowie Durchhaltefähigkeit. Ferner seien keine schweren körperlichen Belastungen möglich. Das Belastungsprofil umfasse jegliche einfachen, leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten. Die Arbeitsunfähigkeit in angestammter sowie angepasster Tätigkeit betrage 100 % von Dezember 2015 bis 8. September 2017 und ab dem 9. September 2017 70 %. Durch Intensivierung der psychiatrischen Behandlung und gegebenenfalls einen neuen Versuch mit Antidepressiva könne in ein bis zwei Jahren eine weitere Verbesserung erreicht werden. Betreffend den Schweregrad des Gesundheitsschadens hielt dipl. med. M.\_\_\_\_ fest, zu Beginn der Erkrankung habe vom Vorliegen einer PTBS ausgegangen werden können. Später habe sich

komorbid eine depressive Episode, meist mittelgradigen Ausmasses, entwickelt. Später seien auch noch die Auswirkungen der Schmerzverarbeitungsstörung hinzugetreten. Insgesamt hätten zu Beginn ausgeprägte Leistungseinschränkungen bestanden. Der Zustand habe sich jedoch im Verlauf verbessert, die PTBS sei weitgehend remittiert. Die Beschwerdeführerin sei wieder in der Lage, den Haushalt ohne wesentliche Einschränkungen zu führen (Urk. 7/65/7 f.). Subjektiv fühle sie sich vollständig invalidisiert. Es bestünde kein ausgeprägter sozialer Rückzug, psychische Ressourcen seien vorhanden, könnten jedoch im Rahmen der dysfunktionalen Kognitionen nicht immer aktiviert werden. Insgesamt sei die objektivierbare Symptomatik zurück gegangen (Urk. 7/65/8).

### **E. 3.7**

In ihrem Bericht vom 27. August 2018 (Urk. 7/69) verwiesen die behandelnde Psychologin lic. phil. B.\_\_\_\_ sowie Hausarzt med. pract. Z.\_\_\_\_ auf ihren Bericht vom 13. November 2017 (Urk. 7/49), welcher nach wie vor zutraf. Sie erklärten, an den damals gestellten Diagnosen der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), der PTBS (ICD-10 F43) sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) müsse festgehalten werden. In den Gesprächen sei zutage getreten, dass die oberflächlich wahrnehmbare Depression durchaus mit einer tiefgreifenden PTBS und zwar F43.1 verbunden sei. Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich immer wieder Gedankenkreisen, Zustände der Verzweiflung und Verbitterung über das erlittene Unrecht, was nach 18-jähriger Ehe mit körperlichen Misshandlungen und psychischen Demütigungen nicht verwunderlich sei. Dies decke sich mit der allgemeinen Erfahrung, dass kurzzeitige schwere Schockerlebnisse von Patienten eher leichter überwunden werden könnten, während langanhaltende Belastungen, welche auch – wie vorliegend – sehr destruktiv auf das Selbstwertgefühl eingewirkt hätten, sehr viel hartnäckiger seien. Die Beschwerdeführerin habe auch immer wieder die Angst geäussert, in diesem Zustand gefangen zu bleiben. Zudem bestehe die somatoforme Schmerzstörung weiterhin. Die Beschwerdeführerin verrichte heute ihre Hausarbeiten nur noch langsam, mühsam und mit Pausen (wegen der Schmerzen und schneller Ermüdbarkeit), was im offenen Arbeitsmarkt nicht brauchbar sei. Bei körperlich schweren Arbeiten, wie beispielsweise Staubsaugen, benötige sie die Hilfe ihrer beiden Söhne (Urk. 7/69/1). Seit September 2018 nehme sie am Arbeitsintegrationsprogramm C.\_\_\_\_ teil. Ferner solle auch etwas zur physischen Stärkung (Nahrungsergänzungsgetränke) unternommen werden, da sie an Appetitstörungen leide und sich oft müde und kraftlos fühle. Es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Durch die Teilnahme am Programm der C.\_\_\_\_ bestehe die Chance, wieder eine (wenn auch reduzierte) Arbeitsfähigkeit zu erlangen (Urk. 7/69/2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige mit einem Erwerbsanteil von 30 % und einem Haushaltsanteil von 70 % (Urk. 7/65/6). In medizinischer Hinsicht stütze sie sich in der leistungsabweisenden Verfügung auf das A.\_\_\_\_-Gutachten. In diesem hatten die Gutachter als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) genannt. Zudem hatten sie ausgeführt, gestützt auf die nicht widerlegbaren Angaben der Vorbehandler sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in angestammter sowie angepasster Tätigkeit von Dezember 2015 bis September 2017 ausgewiesen. Seit September 2017 (Austritt aus der Behandlung in der G.\_\_\_\_) sei die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % wiederhergestellt (Urk. 7/62/8). Zur Einschränkung im Haushalt äusserten sie sich dahingehend, dass diese von Mai 2015 bis September 2017 30 % betragen habe. Seit

September 2017 bestehe keine Einschränkung mehr im Haushalt (Urk. 7/62/9 f.). Basierend darauf nahm die Beschwerdegegnerin eine «Prüfung der Diagnosen durch den Rechtsanwender» vor und kam zum Ergebnis, dass kein langanhaltender, invali disierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, welcher eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe (Urk. 7/65/9, Urk. 2 S. 1). 4.2 4.2.1.

Die Beschwerdegegnerin nahm die sozialversicherungsrechtliche Qualifizierung gestützt auf die Angabe der Beschwerdeführerin im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug vor. Darin gab sie auf die Frage der aktuellen bzw. letzten Arbeitstätigkeit ein 30%iges Erwerbsspensum an (Urk. 7/4/6). Eine eigene Abklärung nahm die Beschwerdegegnerin nicht vor, weder zur tatsächlich ausgeübten Tätigkeit, noch zur entscheidenden Frage, welche hypothetische Aufteilung die Beschwerdeführerin

im Gesundheitsfall gewählt hätte.

Für die Beurteilung der Statusfrage haben sich Gericht und Verwaltung insbesondere am unmittelbar vor Eintritt des Gesundheitsschadens geleisteten Arbeitspensum zu orientieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_122/2018 vom 27. August 2018 E. 4.3). Eine teilweise Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführerin ab 15. November 2015 vom Hausarzt attestiert, ab 10. Dezember 2015 sodann eine gänzliche (Urk. 7/21/13). Für die Zeit davor ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2015 im Umfang von 3.75 Stunden pro Woche bei der Y. \_\_ AG tätig war (Urk. 7/12/3). Dies entspricht einem Pensum von zirka 9% beziehungsweise allenfalls einem geringfügig höheren tatsächlich geleisteten Arbeitseinsatz, was auch die Beschwerdegegnerin im Feststellungsblatt so erkannte (Urk. 7/12/11, Urk. 7/65/2). Wie die Beschwerdeführerin zur Angabe von 30% gekommen war, ist nicht ersichtlich. In welchem Umfang die Beschwerdeführerin vor August 2015 tätig war, bleibt ebenfalls unklar. Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin jeweils sehr tiefe Jahreseinkommen erzielte (Urk. 7/11/1-4). Dies spricht eher für ein geringes Arbeitspensum und einen hohen Haushaltsanteil, was wohl auch mit der damaligen Familienkonstellation der Beschwerdeführerin zu tun gehabt hat, war doch hauptsächlich ihr damaliger Ehemann berufstätig (Urk. 7/62/24). Allerdings lebt sie seit dem 19. Mai 2015 getrennt von ihm und ist zwischenzeitlich geschieden (Urk. 7/3, Urk. 7/69/1). Zudem bedürfen ihre in den Jahren 1999 und 2001 geborenen Söhne (Urk. 7/4/3) grundsätzlich keiner Betreuung mehr. Die Beschwerdeführerin führte sodann gegenüber dem psychiatrischen Gutachter aus, sie habe vor der Gewalttat ihres Ehemannes im Mai 2015 bei einer Bank als Reinigungskraft gearbeitet und ihr Pensum eigentlich steigern wollen (Urk. 7/62/19). Daher ist es ebenfalls möglich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ein höheres als das unmittelbar vor Eintritt des Gesundheitsschadens innegehabte Pensum von 9% ausgeübt hätte. Somit bleibt der hypothetische Status der Beschwerdeführerin – insbesondere im zeitlichen Verlauf seit Dezember 2015 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im September 2018 – unklar. 4.2.2

Ferner liess die Beschwerdegegnerin die konkreten Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt nicht abklären, obwohl sie selbst von einem erheblichen Haushaltsanteil von 70% ausging (Urk. 7/65/6). Im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt ist praxisgemäss nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch die Abklärung an Ort und Stelle zu erheben ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017

E. 4.7.1 mit Hinweisen). So stellt die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3081 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015) für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar. Ein Haushaltsabklärungsbericht ist auch bei der Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität unentbehrlich, um die gesundheitlichen Einschränkungen im häuslichen Bereich festzustellen und die Gutachter bei Abweichungen damit zu konfrontieren (Urteile des Bundesgerichts 8C\_157/2017 vom 6. November 2017 E. 4.3 und 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1).

Die Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin zwar für die Zeit von Mai 2015 bis Dezember 2017 eine Leistungsverminderung im Haushalt von 30 % (Urk. 7/62/9 f.). Allerdings befragten sie die Beschwerdeführerin nicht zu ihrer konkreten Haushaltstätigkeit respektive allfälligen Einschränkungen, weshalb dazu keine Angaben vorliegen. Ihre nicht näher begründete Einschätzung erweist sich insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten in der Zeit von Mai bis Dezember 2015 zu 30 % im Haushalt, nicht jedoch in ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkt gewesen sein soll (und sie auch nachweislich gearbeitet hat, vgl. Urk. 7/12/11), als nicht nachvollziehbar (Urk. 7/62/8 und 10). Dass die Beschwerdegegnerin keine Haushaltsabklärung durchgeführt und den hypothetischen Status sowie die Einschränkungen im Haushalt nie erfragt hat, stellt eine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG dar (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_533/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 5). 4.3

In medizinischer Hinsicht erweist sich das eingeholte A.\_\_\_\_-Gutachten als unvollständig und nicht schlüssig. Insbesondere fehlt auch hier eine Verlaufsbeurteilung hinsichtlich Diagnostik und Arbeitsfähigkeit über den Zeitraum von Dezember 2015 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im September 2018. Die Gutachter gelangten in ihrer Beurteilung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin einzig aus psychiatrischer Sicht von Dezember 2015 bis September 2017 zu 100 % und seit September 2017 zu 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 7/62/8). Was die Zeitspanne von Dezember 2015 bis September 2017 betrifft, übernahmen sie ohne nähere Begründung und Auseinandersetzung die von den Vorbehandlern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/62/8 und 34). Allerdings wichen sie von den zuvor genannten psychiatrischen Diagnosen ab, was widersprüchlich erscheint. So gingen sie davon aus, dass einzig die mittelschwere depressive Episode die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt habe. Die seitens der Ärzte des Rehakentrums

F.\_\_\_\_ genannte Diagnose der generalisierten Angststörung habe demgegenüber nicht bestätigt werden können (Urk. 7/62/31, Urk. 7/32/1). Auch die mehrfach genannte PTBS sei nur noch subsyndromal und weitgehend remittiert und die somatoforme Schmerzstörung sei gering ausgeprägt (Urk. 7/32/1, Urk. 7/47/1, Urk. 7/62/30 f.). Weshalb jedoch die mittelschwere depressive Episode alleine eine 100%ige Arbeitsfähigkeit von Dezember 2015 bis September 2017 begründet haben soll, führten die Gutachter nicht näher aus und ist auch nicht ohne Weiteres plausibel. Ausserdem erscheint ihre Beurteilung insofern widersprüchlich, als sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Dezember 2015 festhielten, jedoch gleichzeitig ausführten, die Beschwerdeführerin habe offenbar bis Dezember 2015 gearbeitet (Urk. 7/62/8). Für die Zeit ab September 2017 und die fortan attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % stellten die Gutachter schliesslich auf den Zeitpunkt des

Austritts aus der G.\_\_\_\_ ab (Urk. 7/62/8). Mangels näherer Begründung kann jedoch nicht nachvollzogen werden, weshalb sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Erwerbsbereich ab diesem Zeitpunkt um 70 % gesteigert haben soll. Insbesondere berichteten die Ärzte der G.\_\_\_\_ lediglich von einer leichten Zustandsverbesserung respektive einem leicht stabileren Zustand, was eine derartige Steigerung der Leistungsfähigkeit kaum zu rechtfertigen vermag (Urk. 7/47/2).

Ferner hat gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts für sämtliche psychiatrischen Erkrankungen unabhängig von der diagnostischen Einordnung bei psychiatrischen Leiden in der Regel eine umfassende Prüfung anhand der Standardindikatoren zu erfolgen (vgl. vorstehend E. 1.4). Eine Indikatorenprüfung erweist sich jedoch gestützt auf das vorliegende Gutachten als nicht möglich. So ist unter anderem die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Ressourcenprüfung anhand des Mini-ICF zu wenig konkret, um den funktionellen Schweregrad beziehungsweise die funktionellen Einschränkungen zu beurteilen (vgl. BGE 143 V 418 E. 5.2.3). Ferner äussert sich der psychiatrische Gutachter nicht zum beweisrechtlich entscheidenden verhaltensbezogenen Aspekt der Konsistenz (BGE

141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). Unter diesem Titel hielt er fest, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Funktionseinbussen würden sich nicht vollumfänglich im Untersuchungsbefund widerspiegeln (Urk. 7/62/32). Damit hat er jedoch keine Konsistenzprüfung im Sinne der Rechtsprechung vorgenommen. 4.4

Zusammenfassend erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Expertise nicht (vgl. E. 1.7), weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Auch die anderen Berichte lassen keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit über den ganzen Zeitraum zu. Der Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ sowie die behandelnde Psychologin lic. phil. B.\_\_\_\_ begründeten ihre Diagnosestellung sowie die Einschätzung des Leistungsvermögens in ihrem aktuellen Bericht vom 27. August 2018 (Urk. 7/69) nur vage und allgemein, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Zudem ist

in Bezug auf Berichte von Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die Ärzte der G.\_\_\_\_ äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/47) und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seitens des Reha zentrums

F.\_\_\_\_ bezog sich lediglich auf den Zeitraum bis zum 1. Dezember 2016 (Urk. 7/32/4). Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 4.5

Schliesslich merkt die Beschwerdeführerin zu Recht an (Urk. 1 S. 7), dass die Beschwerdegegnerin einen allfälligen Anspruch auf eine befristete Rente nicht geprüft hat, obwohl sie selbst erkannte, dass ein solcher

möglicherweise bestehen könnte (Urk. 7/76/2). Damit hat sie ebenfalls ihre Untersuchungspflicht verletzt. 5.5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1

des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.2

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die Statusfrage über den gesamten strittigen Zeitraum ab Dezember 2015 abzuklären und je nach Ergebnis einen Haushaltsabklärungsbericht zu veranlassen. Zudem erweist sich der medizinische Sachverhalt über den gesamten vorgenannten Verlaufszeitraum als ungenügend erstellt. Aufgrund der Aktenlage kann immerhin als erstellt betrachtet werden, dass die Beschwerdeführerin aus internistischer und neurologischer Sicht im genannten Zeitraum nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (Urk. 7/62/7). Dies ist zwischen den Parteien soweit ersichtlich auch unbestritten. Strittig ist hingegen die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht, insbesondere, da die Beschwerdeführerin über persistierende lumbale Schmerzen sowie Extremitätenschmerzen klagt (Urk. 7/62/7 und 23). Die Beschwerdegegnerin wird daher ein neues, bidisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie einzuholen haben. Die Gutachter werden dabei die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 ff. in ihre Beurteilung einzubeziehen haben.

Die angefochtene Verfügung vom 13. September 2018 (Urk. 2) ist nach dem Gesagten aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung in medizinischer und erwerblicher Hinsicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist daher in diesem Sinne gutzuheissen. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Mit Honorarnote vom 5. Dezember 2018 (Urk. 10) machte Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler einen Aufwand von total Fr. 1'769.35 (Fr. 1'595.-- Arbeitsaufwand für 7.25 Stunden plus Fr. 47.85 Barauslagen zuzüglich MWSt) geltend, was der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. September 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'769.35 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 10**

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft im Dispositiv) 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrReiber

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