

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00796 vom 11. März 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00796](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00796)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00796 du 11 mars 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00796 del 11 marzo 2015

## **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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3**

3

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich).

Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinn gemäss anwendbar: Danach sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 28a Abs. 2 IVG und Art. 5 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG; spezifische Methode; statt vieler BGE 130 V 97 E. 3.3.1).

Bei der spezifischen Methode ist 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 (BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen).

Bezüglich des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist nicht von den Ergebnissen der Haushaltsabklärung auszugehen, um die diesbezügliche Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Aufgabenbereich zu beurteilen. Der Beginn des Rentenanspruches ist vielmehr auch bei nichterwerbstätigen Versicherten - analog zur Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen - auf der Basis medizinischer Stellungnahmen zu beurteilen. Dar aus sollte hervorgehen, ab wann und inwieweit die versicherte Person in ihrer Arbeitsfähigkeit (definiert als funktionelles Leistungsvermögen) im Haushaltsbereich eingeschränkt war (BGE 130 V 97 E. 3.3.3).

#### **E. 1.3.1**

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, was je zur Anwendung einer andern Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Diese Frage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, 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 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.3.2**

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und

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 (Art. 16 ATSG). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 11 S. 35, 9C\_236/2009 E. 3 und 4).

#### **E. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschätzung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Im Rahmen einer materiellen Revision (Art. 17 ATSG) ist die Verwaltung verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung glaubhaft gemacht worden ist, zu prüfen. Dem entsprechend ist das Sozialversicherungsgericht befugt (und verpflichtet), bei Bedarf Teilaspekte des Rechtsverhältnisses von Amtes wegen aufzugreifen, selbst wenn diese bereits in der früheren rechtskräftigen Verfügung beurteilt wurden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C\_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5.1**

Rechtsprechungsgemäss kommt grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch - ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage

(bislang: anhaltende somatoforme Schmerzstörung: BGE 130 V 352, BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49; Fibromyalgie: BGE 132 V 65 E. 4; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic

Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5 und 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279; nicht organische

Hypersomnie : BGE 137 V 64 E. 4; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil 8C\_167/2012 vom 15. Juni 2012 E. 5.2 und 6.1; vgl. Aufzählung in: BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) nur ausnahmsweise invalidisierender, das heisst einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz ihren subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4; 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a unten). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind die erhebliche Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer des psychischen Leidens (Komorbidität), chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angebar

inner seelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 132 V 65 E. 4.2.2; 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 5.4.3.1.1). Umgekehrt sprechen unter anderem eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitschadens (BGE 131 V 49 E. 2. 1; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 1.1).

### **E. 1.5.2**

Die fachärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotenzial bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist oder nicht (BGE 130 V 352 E. 2.2.5). Bei ihrer Einschätzung der psychischen Ressourcen des Exploranden oder der Explorandin, mit den Schmerzen umzugehen, haben die

begutachtenden Ärzte notwen digerweise auch die in E. 1.5.1 hievor genannten Kriterien zu beachten (BGE 135 V 201 E. 7.1.3, 130 V 352 E. 2.2.4), sich daran zu orientieren.

Insbesondere haben sie sich dazu zu äussern , ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung behindern (SVR 2008 IV Nr. 23 S. 71, I 683/ 06 E. 2.2). Nicht erforderlich ist, dass sich eine psychiatrische Expertise in jedem Fall über jedes einzelne der genannten Kriterien ausspricht; massgeblich ist eine Gesamtwürdigung der Situation (SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21, I 457/02 E. 7.4 mit Hinweis, nicht publ . in: BGE 130 V 396

). Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vor liegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3). Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invalditäts fremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren ) mitberücksichtigt (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 1.2 mit weiteren Hinweisen). 2.

## **E. 2**

, Urk. 9 /2

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin sei zu 100 % als Hausfrau zu qualifizieren. Sie sei vom 30. Juni bis 31. Dezember 2009 zu 52.1 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Seit dem 1. Januar 2010 bestehe eine 18.8%ige Einschränkung. Damit sei einerseits das Wartejahr mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % nicht erfüllt und andererseits der Invaliditätsgrad seit dem 1. Januar 2010 von 18.8 % zu niedrig, um einen Rentenanspruch zu begründen (Urk. 2 S. 1 f. ).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, sie wäre im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig und sei daher vollständig als Erwerbstätige zu qualifizieren. Auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 12. Februar 2013 könne nicht abgestellt werden, da es in vielen Punkten ungenügend und nicht nachvollziehbar sei.

Aus den Akten, namentlich aus den Berichten des D. \_\_\_ ,

von Dr. C. \_\_\_ vom 1. Juni 2012 und aus dem Bericht zur Haushaltsklärung vom Mai 2012 gingen viele Hinweise auf das Vorliegen einer schweren Angst erkrankung und erheblicher depressiver Befunde hervor , die mindestens auf eine mittel gradige, meist schwergradige und nicht nur auf eine leichtgradige depressive Episode schliessen liessen. Die somatoforme

Schmerz störung sei nicht überwindbar. Zu Unrecht habe Dr. A. \_\_\_ die sehr tiefe Intelligenz , die vom D. \_\_\_ festgestellt worden sei, nicht berücksichtigt und sei aktenwidrig von einer sozialen Intelligenz ausgegangen. Nach der Begutachtung habe sich der Gesundheitszustand zudem weiter verschlechtert. Sie – die Versicherte - sei aufgrund der psychischen Beschwerden (Angst, Depression) und der unüberwindbaren so

mato formen Schmerzstörung in der freien Wirtschaft vollständig arbeitsunfähig. Aber selbst bei einer Qualifikation als Teilzeiterwerbstätige oder als Hausfrau sei aufgrund der Ergebnisse der Haushaltsabklärung vom 12. Mai 2012 von einem Anspruch auf eine mindestens halbe Rente auszugehen (Urk. 1 S. 5 ff.) .

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung eingetreten ist, hat das Gericht in materiell-rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 29. Juni 2009 (Urk. 9/28), bestätigt mit Urteil des hiesigen Gerichts IV.2009.00790 vom 17. März 2011 (Urk. 9/90) und mit Bundesgerichtsurteil 9C\_330/2011 vom 8. Juni 2011 (Urk. 9/95),

bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2013 (Urk. 2) in leistungsbe gründendem

Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet dabei rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbeurteilung (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). 3.

3.1

3.1.1

Im Urteil IV.2009.00790 vom 17. März 2011 (Urk. 9/90) wurde

für den Zeitraum von Dezember 2006 bis Juni 2009 festgehalten, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2008,

der die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2), weitgehend gebessert, und einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt sowie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich von 10% attestiert hatte (Urk. 9/18/8-9), das Vorliegen einer leistungserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung zu verneinen sei. Die Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) stehe der Ausübung einer Erwerbs- und insbesondere einer Haushaltstätigkeit kaum je massgeblich entgegen und stelle keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung dar. Sowohl die Symptomatik einer - vom behandelnden Psychiater diagnostizierten - undifferenzierten Somatisierungsstörung als auch die einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei als überwindbar zu beurteilen, zumal nebst der fehlenden Komorbidität auch die übrigen rechtsprechungsgemäss

massgeblichen Kriterien mit Dr. A.\_\_\_\_ als klarerweise nicht in ausreichender Weise gegeben zu erachten seien und massgeblich

psychosoziale Umstände die Verwertung der Arbeitsfähigkeit hemmen würden

(E. 4.3-5.3; Urk. 9/90/8-13) .

Die Statusfrage wurde ausgangsgemäss offen gelassen (E. 3; Urk. 9/90/6). 3.1.2

Das Bundesgericht führte im Urteil 9C\_330/2011 vom 8. Juni 2011 (E. 3-4; Urk. 9/95/3-5) aus, wenn die Beschwerdeführerin festhalte, dass sämtliche behandelnden Stellen sie als

völlig antriebslos und nicht mehr einen Haushalt zu führen in der Lage beschrieben hätten, verkenn e sie, dass in Anbetracht des ganz erheblichen psychiatrischen Beurteilungsspielraums hinsichtlich der Einschätzung des Schweregrades und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit solcher Störungen der Vorinstanz nicht eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung vorgeworfen werden könne, wenn sie auf das inhaltlich überzeugende Administrativgutachten abgestellt habe, zumal Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. April 2009 (Urk. 9/26) die erhobenen Einwendungen widerlegt habe. Der in der Beschwerde behauptete Mutismus

sei bei der Beschwerdeführerin nicht diagnostiziert worden; im Gegenteil sei im Gutachten zur Kommunikation festgehalten worden, dass der affektive Rapport gut herstellbar gewesen sei (E. 3; Urk. 9/95/4). Auch wenn der Gutachter Dr. A.\_\_\_\_

sich (im Gutachten vom 18. Dezember 2008; Urk. 9/18) nicht ausdrücklich zum Grad der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausser Haus geäußert habe, sei mit der Antwort zur Frage nach dem Grad der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit jedoch auch gesagt, dass mit der bestehenden Einschränkung auch in anderen Bereichen entsprechende angepasste Arbeiten ausgeübt werden könnten. Auch die Erklärung des Gutachters, berufliche Massnahmen seien nicht indiziert, weil die Versicherte schon seit vielen Jahren Hausfrau sei und eine berufliche Arbeit nicht anstrebe, stehe

der Zumutbarkeit einer

ausser häusliche n Arbeit der Beschwerdeführerin nicht entgegen. Damit, dass die Vorinstanz die Statusfrage offengelassen habe, weil sie angesichts der medizinischen Aktenlage nicht beantwortet werden müsse, habe sie keine Rechtsverletzung begangen (E. 4; Urk. 9/95/4-5). Eine offensichtlich unrichtige oder unvollständige vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts liege nicht vor (E. 6; Urk. 9/95/5). 3.1.3

Von der Sachlage, wie sie dem Urteil IV.2009.00790 vom 17. März 2011 zu grunde lag und vom Bundesgerichtsurteil 9C\_330/2011 vom 8. Juni 2011 bestätigt wurde, ist als Vergleichsbasis auszugehen. 3.2

### 3.2.1

Für die Zeit nach der Verfügung vom 29. Juni 2009 (Urk. 9/28) orientierte die Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 20. Juli 2009 über ihre notfallmässige Einweisung in die psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ am 10. Juli 2009 (Urk. 9/32).

### 3.2.2

Dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 10. September 2009, wonach sie vom 10. Juli bis 8. August 2009 auf Einweisung von Dr. C.\_\_\_\_ hin stationär behandelt worden sei (Urk. 9/43/6-10), ist zu entnehmen, der Ehemann der Beschwerdeführerin habe von seit Wochen zunehmender Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit berichtet. Sie leide unter zunehmenden Ängsten. Sie habe aus Angst die Wohnung weder alleine noch in Begleitung verlassen. Ausserdem habe sie Schmerzen am ganzen Körper, die sich verstärkt hätten, und manchmal kein Gefühl in Armen und Beinen. Die Beschwerdeführerin habe bestätigt, latente Suizidgedanken zu haben, könne sich aber von akuter Suizidalität distanzieren. Die verordneten Antidepressiva habe sie nach Aussage des Ehemannes alle abgesetzt, nachdem eine Besserung eingetreten gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe zwar eine starke Nervosität und innere Unruhe benennen können, therapeutische Gespräche seien aufgrund der sprachlichen Probleme jedoch begrenzt gewesen. Im Verlauf des stationären

Aufenthaltes habe sich ihr Gesundheitszustand in den ersten zwei Wochen nur langsam gebessert. Ab der dritten Woche habe sich ihr Zustand deutlich aufgehellt und sie sei nach vier Wochen in einem deutlich aufgehellten Zustand ausgetreten. Als Austrittsdiagnosen wurden die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) gestellt

(Urk. 9/ 43/ 6-9 ).

Der behandelnde Psychiater Dr. C.\_\_\_\_, bei welchem die Beschwerdeführerin seit dem 20. September 2007 in Behandlung stehe, hielt im Bericht vom 5. September 2011 die Diagnosen einer Angst- und depressiven Störung gemischt, aktuell schwere depressive Episode (ICD-10 F41.2), und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) fest. Vor der Einweisung in die Klinik B.\_\_\_\_

Anfang Juli 2009 habe sich das psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin zunehmend verschlechtert. Sie habe eine schwere depressive Episode entwickelt. Sie habe insbesondere unter einer starken Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und einer stark verminderten Grundstimmung gelitten. Zudem habe sie über Schmerzen am ganzen Körper, diffuse Ängste und eine Gefühllosigkeit in den Armen und Beinen geklagt. Sie habe wiederholt Suizidgedanken geäußert. Am 10. Juli 2009 habe er sie notfallmässig in die Klinik B.\_\_\_\_ einweisen müssen. Während des dortigen Aufenthaltes habe sich ihr Zustandsbild leicht stabilisiert. Bereits Ende August 2009 habe sie erneut unter einer mittelschweren depressiven Episode und unter Angstzuständen gelitten. Ab September 2009 habe sich das Zustandsbild dann weiter verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei auf eine intensive interdisziplinäre Behandlung und eine Betreuung zu Hause angewiesen. Neben den regelmässigen ambulanten psychiatrischen Behandlungen bei ihm werde sie delegiert über ihn von Frau E.\_\_\_\_ regelmässig psychotherapeutisch behandelt. Medikation werde sie mit Antidepressiva Cymbalta und Surmontil, in Reserve für Notfallsituationen mit Temesta (Beruhigungsmittel) behandelt. Zuhause sei die Beschwerdeführerin auf die Behandlung und Betreuung durch die psychiatrische Spitex, die Ergotherapeutin und die Unterstützung durch die F.\_\_\_\_ angewiesen. Die Beschwerdeführerin sei zwischenzeitlich nicht mehr in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen. Die administrativen und finanziellen Angelegenheiten müssten übernommen werden. Die Arbeitsfähigkeit habe weiter abgenommen. Sie sei derzeit zu 100 % arbeitsunfähig auf dem ersten Arbeitsmarkt. Im Haushaltsbereich sei sie zu maximal 10 % arbeitsfähig. Er habe ihr in den Jahren 2010 und 2011 wiederholt empfohlen, in eine therapeutische Wohngemeinschaft einzutreten. Sie habe jedoch den Wunsch geäußert, zusammen mit ihrem Ehemann zu leben (Urk. 9/107/2-4).

Im Bericht vom 1. Juni 2012 führte Dr. C.\_\_\_\_ zudem aus, es habe sich während der Behandlung gezeigt, dass die Beschwerdeführerin bei einfacheren alltäglichen Fragestellungen kognitiv stark überfordert sei. Sie benötige im Alltag daher viel Anleitung und Strukturierung. Die Mutter der Beschwerdeführerin sei die einzige engere Bezugsperson gewesen. Das psychische Zustandsbild habe sich nach dem Tod der Mutter im Sommer 2008 nochmals deutlich verschlechtert. Es sei dann versucht worden, das psychische Zustandsbild durch eine höher dosierte psychopharmakologische Medikation zu stabilisieren. Die Medikamente hätten von der psychiatrischen Spitex gerichtet werden müssen, weil die Beschwerdeführerin mit der regelmässigen Einnahme überfordert gewesen sei. Durch die Medikation sei es gelungen, die depressive Symptomatik und die Ängste leicht zu stabilisieren. Aktuell könne das psychische Zustandsbild und die soziale

Situation auf einem tiefen Niveau mit Hilfe des inter disziplinären Helfernetzes stabil gehalten werden. Episodisch komme es jedoch immer wieder zu mittelschweren bis schweren depressiven Episoden und einer ausgeprägten Regression. Als Diagnosen führte Dr. C. \_\_\_\_

eine Angst- und depressive Störung , gemischt (ICD-10 F41.2), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und eine Intelligenzminderung mit Verhaltens auffälligkeiten auf (Urk. 9/132/15- 17).

Gemäss dem Bericht vom 31. August 2012 der G.\_\_\_\_ , Zentrum für Ambulante Psychiatrische Rehabilitation , fand am 29. August 2012 eine psychodiagnostische Untersuchung statt. Dazu wurde bei der Beschwerdeführerin ein Wechsler Intelligenztest für Erwachsene ( WIE III ) durchgeführt .

Die Testung sei zusammen mit einer Dolmetscherin durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe unter einem grossen Druck gestanden. Zu Beginn und während der Untersuchung sei sie häufig in Weinen ausgebrochen. Sie habe von ihren Ängsten und Alpträumen berichtet, die ihr das Leben schwer machen würden. Am liebsten würde sie im Bett liegen bleiben, denn sie habe keine Kraft mehr. Bei der Testung habe sich eine ausgeprägte Verlangsamung der mentalen Informationsverarbeitung mit niedriger Leistungsfähigkeit gefunden, die durch die psychiatrische Grunderkrankung moduliert werde. Vor dem Hintergrund einer geringen Schulbildung habe sie mit einem Gesamt-Intelligenzquotienten (IQ) von 40 nach ICD-10 eine mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10 F71) erzielt (Urk. 9/132/22-23) . 3.2.3

Dr. A. \_\_\_\_

untersuchte die Beschwerdeführerin gemäss dem (Verlaufs-) Gutachten vom 12. Februar 2013 am 25. Januar 2013 und kam nach Einsicht in die Akten und einer Besprechung mit Frau H.\_\_\_\_ von der F.\_\_\_\_ zum Schluss, es sei weiterhin die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.1 ; richtig: F45.4 ) sowie (als die Gesundheit beeinflussender Faktor) ICD-10 Z63 („andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis“:) kranker Ehemann aufzuführen . Die im Sommer 2012 von der G.\_\_\_\_ festgestellte Intelligenzminderung könne nicht bestätigt werden. Das Krankheitsbild sei von Juni 2009 bis Ende 2009 mittelgradig gewesen. Seither liege ein leichtgradiges Krankheitsbild vor. Die Beschwerdeführerin vermöge eine regelmässige Tagesgestaltung aufrecht zu erhalten und schaue weitgehend zu sich selbst. Zudem bestünden keine Selbstmordtendenzen. Die therapeutischen Bemühungen seien knapp genügend, die medikamentöse Einstellung sollte optimiert werden, damit eine Stabilisierung erreicht werden könne . Zusammenfassend habe von Juni 2009 bis Ende 2009 eine Verstärkung der psychischen Komorbidität bestanden. Die Beschwerdeführerin sei mittlerweile überzeugt, die eigenen Hausarbeiten nicht mehr ausführen zu können. Bezüglich der somatoformen Schmerzstörung würden zwar mehrere der verlangten Kriterien zutreffen, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit als Hausfrau zu mehr als 20 % eingeschränkt sei. Die Ressourcen seien eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin könne in einem übersichtlichen Haushalt einigermaßen funktionieren, es dürften aber keine grossen Anforderungen an sie gestellt werden. Die Beeinträchtigungen dürften sich auf eine übersichtliche und repetitive Hilfsarbeit weniger negativ auswirken als auf eine selbständige Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin habe Mühe, die Arbeitsabläufe allein zu planen und sei

oft überfordert. Sie sei darauf angewiesen, dass sie teilweise Hilfestellungen im Haushalt habe. Schwere Arbeiten könne sie subjektiv wegen der Schmerzen nicht mehr ausüben. Ausser Haus wäre sie auf eine übersichtliche Tätigkeit mit einfachen, überblickbaren und repetitiven Arbeiten angewiesen. Von Juni bis Ende 2009 sei die Arbeitsfähigkeit um 40 % eingeschränkt gewesen. Ab 2010 betrage die Einschränkung 20 % bei einem stabilen Verlauf, wobei einfache, vorgegebene Hilfsarbeiten geeignet seien. Es bestünden ungünstige krankheitsfremde Faktoren, welche dazu beitragen würden, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwerte, und zwar: eine sehr lange Phase von Arbeitsunfähigkeit, schwer kranker Ehemann, mässige sprachliche und kulturelle Integration, fehlende Motivation zur Aufnahme einer ausserhäuslichen Tätigkeit. Vermutlich habe sich die Beschwerdeführerin an die Hilfestellungen gewöhnt. Die psychosozialen Faktoren würden überwiegen. Die Prognose sei unklar (Urk. 9/132/7-

#### **E. 5**

) holte die IV-Stelle zudem die Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 3. April 2009 (Urk.

#### **E. 9**

wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (Urk. 9/28). Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 9/34/3-13) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 17. März 2011 im Verfahren Nr. IV.2009.00790 ab (Urk. 9/90). Das Bundesgericht bestätigte den Entscheid mit Urteil 9C\_330/2011 vom 8. Juni 2011 (Urk. 9/95).

#### **E. 13**

). 3.3

3.3.1

Es ist in medizinischer Hinsicht unstrittig und ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin auch ab Juli 2009 weiterhin ausschliesslich an psychogenen Beschwerden litt. Unverändert wurden auch nach diesem Zeitpunkt sowohl von den behandelnden Ärzten der Klinik B.\_\_\_\_ (Urk. 9/43/6) und Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 9/107/2, Urk. 9/132/17) als auch vom Gutachter Dr. A.\_\_\_\_

(Urk. 9/43/6) die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) respektive einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) gestellt. Insofern ergab sich keine Veränderung im gesundheitlichen Zustand seit Mitte 2009. Dennoch wird von den Fachärzten eine gewisse Verschlechterung des Gesundheitsbildes festgehalten. 3.3.2

Dr. C.\_\_\_\_ hatte allerdings bereits im Jahr 2008 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in der Haushaltstätigkeit attestiert und bemerkt, dass eine 15-20%ige Tätigkeit im eigenen Haushalt möglich sei, aber die Unterstützung der Spitex nötig sei. Schon damals war gemäss seinem Bericht vom 6. Juni 2008 nebst der sozialpsychiatrischen Behandlung inklusive psychopharmakologischer Medikation bei ihm und der hausärztlichen Betreuung eine wöchentliche psychiatrische Spitexbetreuung, welche unter anderem die Medikamente richte (Urk. 9/132/

#### **E. 16**

), und wöchentliche ambulante Ergotherapie durchgeführt worden.

Schon damals hatte Dr. C.\_\_\_\_ zudem festgehalten, dass Struktur, Kontrolle und zum Teil die Aufforderung im Bereich der alltäglichen Angelegenheiten durch die psychiatrische Spitex nötig seien. Auch die administrativen Angelegenheiten wurden schon damals nicht von der Beschwerdeführerin selbst erledigt, sondern von der F.\_\_\_\_

und/ oder - wie schon vor der Erkrankung - von

ihrem Ehemann erledigt

(Urk. 9/10/4 , Urk. 9/ 114/2 , Urk. 9/114/7 ).

Die von Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 1. Juni 2012 ( Urk. 9/132/16) geschilderte, nach dem Tod der Mutter der Beschwerdeführerin im Sommer 2008 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes sodann hatte ebenfalls bereits im Zeitraum vor der Verfügung vom 29. Juni 2009 (Urk. 9/28) stattgefunden. Insofern ist die von Dr. C.\_\_\_\_ in den Berichten vom 5. September 2011 (Urk. 9/107/2-4) und vom 1. Juni 2012

(Urk. 9/132/15-17) dargestellte Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu relativieren.

Seit November 2011 wurde die psychiatrische Spitex gemäss dem Abklärungsbericht vom 10. Mai 2012 zudem auf eine halbe Stunde pro Monat reduziert (Urk. 9/114/2) , gemäss dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2012 bei gleichzeitig gleichbleibender wöchentlicher Ergotherapie (Urk. 9/132/16-17) . Auch fanden gemäss seinem Bericht vom 1. Juni 2012 nebst den Konsultationen bei der delegierten Psychotherapie alle drei Wochen lediglich drei bis vier Konsultationen und Kriseninterventionen pro Jahr bei ihm statt (Urk. 9/132/17). Laut den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter Dr. A.\_\_\_\_

gemäss dem Gutachten vom 12. Februar 2013 suchte sie Dr. C.\_\_\_\_

nur ein- bis zweimal pro Jahr auf (Urk. 9/132/5). Dazu kommt, dass die Verständigung ohne Dolmetscher nach wie vor schwierig ist. Die Beschwerdeführerin gab diesbezüglich an, es sei schade, dass sie sich mit ihm aber auch mit den Ergotherapeuten nicht in ihrer Muttersprache verständigen könne. Die Verständigung auf Deutsch sei schwierig (Urk. 9/132/5). Auch bezüglich der Behandlung ist somit nicht eine andauernde erhebliche Steigerung eingetreten, welche auf eine deutliche andauernde Verschlechterung hindeuten würde.

Zwar ist unstrittig ausgewiesen, dass ab Juni 2009 und insbesondere ab dem Beginn der stationären Behandlung in der Klinik B.\_\_\_\_ am 10. Juli 2009 eine gewisse Verschlechterung des Gesundheitszustandes (antriebslos, müde, kraftlos, angstgefüllt, diffuse Schmerzen am ganzen Körper, Rückzug; Urk. 9/43/6-7) eingetreten war . Jedoch ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin nach Angaben ihres Ehemannes gegenüber den Ärzten der Klinik die verordneten Antidepressiva abgesetzt hatte, nach dem sich zuvor eine Verbesserung der Beschwerden eingestellt gehabt habe . Im Verlauf des Klinikaufenthaltes , mithin

nach erneuter Medikamentenabgabe und -einstellung ,

habe sich der Zustand wiederum aufgehellt ( Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 10. September 2009, Urk. 9/43/7-8 ). Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ habe sich der Gesundheitszustand bereits Ende

August 2009 wieder zu einer mittelschweren depressiven Episode mit Angstzuständen sowie ab September 2009 weiter verschlechtert (Urk. 9/107/2). Gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin jedoch gemäss dem Gutachten vom 12. Februar 2013 schliesslich an, ab Anfang 2010 sei es ihr besser gegangen. In der Klinik sei ihr geholfen worden. Einige der Ärzte in der Klinik hätten serbokroatisch gesprochen, was sie sehr geschätzt habe. Es sei ihr so möglich gewesen, offen und ohne Anspannung über ihre Probleme und ihr Leben zu sprechen. Nach dem Klinikaufenthalt habe man sie an eine ambulante Ergotherapie in I.\_\_\_\_ verwiesen, wo sie noch heute alle vier Wochen hingehet. Oft schmerze ihr ganzer Körper. Es sei vor allem wegen der Schmerzen, dass sie im Haushalt nur mit Schwierigkeiten arbeiten könne. Mit den Depressionen und Ängsten gehe es einigermaßen. Sie sei aber kaum fähig, den Haushalt ganz zu erledigen. Sie sei hier teilweise auf die Hilfe von Bekannten und Verwandten angewiesen (Urk. 9/132/4 -5).

Die depressive und Angstsymptomatik stand somit nicht derart im Vordergrund, dass von einer schweren Angstkrankung und einer andauernden mittel- bis schwergradigen depressiven Erkrankung ausgegangen werden könnte, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 1 S. 5). Solche Diagnosen wurden denn auch von Dr. C.\_\_\_\_ nicht gestellt. Auch er verwendete weiterhin die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2). Wie schon im Urteil IV.2009.00790 vom 17. März 2011 ausgeführt wurde (E. 4.3, Urk. 9/90/8-9), ist gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) diese Diagnose nur zu verwenden, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose (etwa eine leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0, oder eine generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1) rechtfertigen würde. Dabei werden Patienten mit dieser Kombination verhältnismässig milder Symptome in der Primärversorgung häufig gesehen. Noch viel häufiger finden sie sich in der Bevölkerung, ohne je in medizinische oder psychiatrische Behandlung zu gelangen (Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern 2005, S. 162 f.). Eine solche Diagnose steht folglich der Ausübung einer Erwerbstätigkeit und insbesondere der Haushaltstätigkeit kaum je massgeblich entgegen und stellt insbesondere auch keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung dar. Im Übrigen entsprechen die von Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen Befunde starke Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, stark verminderte Grundstimmung und Suizidgedanken (Urk. 9/107/2) nicht den für eine mittel- und schwergradigen depressiven Episode nach ICD-10 F32.1 und F32.2 geforderten Kriterien.

### 3.3.3

Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegen die entsprechende Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ gemäss dem Gutachten vom 12. Februar 2013 (Urk. 9/132) von einer bloss vorübergehenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes

bis Ende 2009 ausging und ab dann von einer nur geringen Einschränkung der Leistungsfähigkeit (Urk. 2).

Dies gilt umso mehr, als bereits im Urteil IV.2009.00790 vom 17. März 2011 zum Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 10. September 2009 (Urk. 9/43/6-9) festgehalten worden war, dass eine erhebliche fachärztlich festgestellte, psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen sei (E. 5.1). 3.4 3.4.1

Das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

12. Februar 2013 (Urk. 9/132) überzeugt auch in übriger Hinsicht, zumal es alle recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt. 3.4.2

Zu folgen ist insbesondere auch der Ansicht von Dr. A.\_\_\_\_, dass der von der G.\_\_\_\_ am 29. August 2012 erhobene Gesamt-IQ von 40, der auf eine mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10 F71) schliessen liesse (Urk. 9/132/22-23), am ehesten

ein Artefakt darstelle und anzunehmen sei, dass die ungünstigen Umstände der Testung zur Feststellung einer angeblich derart tiefen Intelligenz führten (Urk. 9/132/7-8). Zu Recht weist er darauf hin, dass die Beschwerde fühlerin

bei dieser Testung unter Beizug eines Übersetzers komplizierte deutsche Testbatterien bewältigen müssen und während dieser Abklärung oft geweint habe (Urk. 9/132/8). Die Beschwerdeführerin erklärte Dr. A.\_\_\_\_ gegenüber dazu, der (Test-)Ablauf in der G.\_\_\_\_ sei wegen der in deutscher Sprache abgefassten Testfragen extrem mühsam gewesen, ein Übersetzer habe ihr die deutsch abgefassten Texte erklären müssen. Damals habe sie sich sehr unwohl gefühlt. Dies im Gegensatz zu den in ihrer Muttersprache geführten Gesprächen mit den Psychiatriepflegerinnen der Klinik in I.\_\_\_\_ (Urk. 9/132/5).

Auch aus dem Bericht der G.\_\_\_\_ vom 31. August 2012 selbst ergibt sich, dass die festgestellte ausgeprägte Verlangsamung der mentalen Informationsverarbeitung mit niedriger Leistungsfähigkeit als „durch die psychiatrische Grunderkrankung moduliert“ beurteilt wurde (Urk. 9/132/23), mithin die Testergebnisse dadurch beeinflusst wurden.

Wie Dr. A.\_\_\_\_

im Gutachten vom 12. Februar 2013

zudem ebenfalls

zutreffend erklärte, war die Beschwerdeführerin dagegen in der Psychiatrischen Klinik (B.\_\_\_\_) in I.\_\_\_\_, wo sie als nicht minder intelligent eingeschätzt worden sei (Urk. 9/43/8), immerhin während eines Monats (vom 10. Juli bis 8. August 2009) hospitalisiert und im Gespräch in ihrer Muttersprache abgeklärt worden. Weiter führt Dr. A.\_\_\_\_ nachvollziehbar aus, die Einschätzung der Fachkräfte der Klinik B.\_\_\_\_ stimme auch mit seinen eigenen Beobachtungen und mit der Tatsache überein, dass die Beschwerdeführerin während 10 Jahren problemlos als Hilfsarbeiterin habe funktionieren können. Mit einer relevanten Intelligenzminderung wäre dies nicht möglich gewesen (Urk. 9/132/7-8). Bereits im Urteil IV.2009.00790 vom 17. März 2011 war festgehalten worden, dass eine Abklärung der Intelligenz nicht angezeigt sei, nachdem Dr. A.\_\_\_\_

in seiner Stellungnahme vom 3. April 2009

aufgrund der Anamnese und des Befundes eine Intelligenzminderung verneint habe (Urk. 9/26/2-3) und

die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. September 2009 erklärt hätten, dass die Beschwerdeführerin während des Aufenthaltes vom 10. Juli bis 8. August 2009 wegen Verdachts auf Minderintelligenz durch serbokroatische Ärzte und Pflegefachpersonen

abgeklärt, jedoch nicht als mindere intelligent eingeschätzt worden sei. Denn sie hätten ihren IQ als deutlich höher als den für die Diagnose einer Minderintelligenz relevanten Grenzwert von 65 beurteilt (Urk. 9/43/8; E. 5.2, Urk. 9/90/13).

Aus dem Abklärungsbericht vom 10. Mai 2012 ergibt sich zudem, dass die Beschwerdeführerin vor dem Beginn ihrer Erkrankung im Jahr 2007 ohne Probleme den Haushalt für sich, ihren Ehemann und die beiden (bei ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2000 18- und 14-jährigen) Stiefkinder selbstständig geführt und die Kinderbetreuung besorgt habe. Dabei habe sie vorwiegend auf wändig und traditionell gekocht und ausschliesslich auf Frischprodukte zurück gegriffen. Sie habe zudem ab 2004 ihren an einer Lungenleiden erkrankten Ehemann vermehrt zuhause unterstützt (Urk. 9/114/3, Urk. 9/114/6-8). Auch diese Umstände sprechen klar gegen eine pathologische

Intelligenzminderung, welche sich erheblich auf die Leistungsfähigkeit im Haushalt oder die Arbeitsfähigkeit in einer Hilfsarbeitertätigkeit auswirken könnte. 3.4.3

Nachvollziehbar ist nach dem Gesagten auch die von

Dr. A.\_\_\_\_ im Gutachten vom 12. Februar 2013 vorgenommene Prüfung (Urk. 9/132/8-9) zur Frage der Überwindbarkeit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anhand der recht sprechungsgemäss massgeblichen Kriterien (vgl. dazu E. 1.5 hiervor). So stellt dies bei der Beschwerdeführerin vorliegende

psychische Krankheitsbild einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), wie bereits ausgeführt nach wie vor keine Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer dar, auch wenn zeitweise eine Intensivierung der depressiven und ängstlichen Symptome auftrat respektive auftritt. Es fehlt trotz einer gewissen Verschlechterung des psychischen Leidens hierzu nach wie vor an der Intensität und Konstanz der Erkrankung.

Auch die anderen Kriterien sind nicht in qualifizierter Weise erfüllt. Die Beschwerdeführerin leidet an keiner chronischen somatischen Erkrankung, wo bei als chronische körperliche Begleitkrankung nicht gerade jenes Leiden - hier diffuse Schmerzen am ganzen Körper - gelten kann, welches die Beschwerden aufrechterhält (Urteil des Bundesgerichts 9C\_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4 in fine, mit Hinweis).

Ein sozialer Rückzug ist vorhanden, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Die Beschwerdeführerin lebt mit ihrem Ehemann zusammen, mit dem sie spazieren geht und dessen Söhne gelegentlich zu Besuch kommen sowie

auch im Haushalt helfen. Ausserdem besteht Kontakt zu einer Freundin, welche zusammen mit ihrer Tochter die Beschwerdeführerin und ihren kranken Ehemann unterstützt (Urk. 9/132/4, vgl. auch Abklärungsbericht vom 10. Mai 2012, Urk. 9/114/1-2, Urk. 9/114/7). Die Beschwerdeführerin lehnte die Empfehlung zum Einzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft

gemäß dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 5. September 2011 ab, um bei ihrem Mann leben zu können (Urk. 9/107/3). Gegenüber den Ärzten der Klinik B.\_\_\_\_ erklärte sie zudem, zuhause betreue sie ihren asbestbedingt lungenkranken Ehemann (Urk. 12/1 S. 2).

Zu verneinen ist weiter das Kriterium des (qualifizierten) Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung. Wie Dr. A.\_\_\_\_ schon im ersten Gutachten vom 18. Dezember 2008 festgehalten hatte, bestehen

noch therapeutische Möglichkeiten, namentlich eine engmaschige, psychiatrische Betreuung in der Muttersprache der Beschwerdeführerin (Urk. 9/18/8). Wie sich gezeigt hat, ist es für die Beschwerdeführerin bedeutend, dass sie sich in ihrer Muttersprache unterhalten kann

(vgl. Urk. 9/132/4-5). Gegenüber den Ärzten der Klinik B.\_\_\_\_ wünschte sie sich ausdrücklich eine Therapeutin, die ihre Muttersprache spricht (Urk. 9/43/8). Auch wurde die von den Ärzten der Klinik B.\_\_\_\_ empfohlene ambulante Schmerzbehandlung in einer ambulanten Schmerzgruppe (Urk. 9/43/8) - soweit aktenkundig - auch versuchsweise nie aufgenommen und auch sonst keine spezifische Therapie zur Schmerzbehandlung oder eine intensive psychosomatische Behandlung durchgeführt.

Damit ist auch das Kriterium eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehenden inneren seelischen Verlaufs einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) zu verneinen. Im Gegenteil ist der sekundäre Krankheitsgewinn bei gleichzeitig psychosozialen mitbestimmenden Belastungsfaktoren (insbesondere durch die, die Beschwerdeführerin zunehmend belastende sich verschlechternde Erkrankung des Ehemannes, Urk. 9/132/5, bei gleichzeitig geringer Integration in der Schweiz sowie nach dem Tod der Mutter als wichtigste Bezugsperson, Urk. 9/132/16) ausgeprägt vorhanden. Die Beschwerdeführerin empfängt nebst der ärztlichen und therapeutischen Zuwendung, die Unterstützung von der Spiex, F.\_\_\_\_, Bekannten und Verwandten, zum Teil auch vom Ehemann (Urk. 9/114/2, Urk. 9/114/6). Dr. A.\_\_\_\_ stellt denn auch nachvollziehbar die Vermutung an, dass die Beschwerdeführerin sich an die Hilfestellungen gewöhnt habe (Urk. 9/132/9). 3.5

Damit liegt bei der Beschwerdeführerin kein Ausnahmefall vor, bei welchem Umstände vorliegen, die die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt respektive im Haushaltsbereich als unzumutbar erscheinen lassen könnten. Dem psychischen Leiden der Beschwerdeführerin kommt damit weiter hin kein invalidisierendes, das heisst einen Rentenanspruch begründender Charakter zu.

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Versicherten (Urk. 1 S. 5 ff.) nichts zu ändern.

Von weiteren Sachverhaltsabklärungen sind keine an deren entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11). 3.6

Die Beschwerdegegnerin stellte zwar bezüglich des nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu erfüllenden sogenannten Wartjahres auf die Haushaltsabklärung vom 10. Mai 2012 (Urk. 9/114) respektive auf die (nach der gutachterlichen Einschätzung neu gewichteten) Stellungnahme vom 15. April 2013 (Urk. 9/133/6-8) ab (Urk. 2), obschon der Beginn des Rentenanspruches auch bei nichterwerbstätigen Versicherten - analog zur Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen - auf der Basis medizinischer Stellungnahmen zu beurteilen ist (BGE 130 V 97 E. 3.3.3). Im Ergebnis sind

jedoch auch gestützt auf die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ gemäss seinem Gutachten vom 12. Februar 2013 bei einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2009 und von 20% ab Januar 2010 (Urk. 9/132/12) die Voraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG respektive das Wartjahr nicht erfüllt, so dass selbst unter Berücksichtigung der von Dr. A.\_\_\_\_

nachvollziehbar aufgeführten Einschränkungen im Umfang und Profil

(übersichtliche Tätigkeit mit einfachen, überblickbaren und repetitiven Arbeiten) kein Rentenanspruch resultiert. Die strittige Statusfrage kann somit

offen bleiben . 4. 4.1

Eine weitere erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_

vom 25. Januar 2013 (Urk. 9/132/1 )

bis zum Erlass der Verfügung vom 22. Juli 2013 (Urk. 2), wie sie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird (Urk. 1 S. 8 ) , ist nicht ausgewiesen, wobei das Wartejahr ohnehin im verbleibenden massgeblichen Zeitraum von Ende Januar bis Juli 2013 nicht erfüllt werden könnte.

Insbesondere nichts zu ihren Gunsten ist aus dem Bericht der Ergotherapeutin vom 17.

Juli 2013 abzuleiten, wonach die Beschwerdeführerin seit fünf Monaten stets müde sei, nicht richtig koche, den Haushalt vernachlässige, so dass eine Haushaltshilfe für zwei Stunden pro Woche organisiert werden müssen und sich dies auch in der Ergotherapie auswirke (Urk. 3/3). Die Angaben im Bericht der Ergotherapeutin zeichnen damit kein neues , schwerwiegenderes Krankheitsbild im Vergleich zu jenem, wie es sich Dr. A.\_\_\_\_ aufgrund der Akten und der eigenen Untersuchung geboten hatte. 4. 2

4.2.1

Die von der Beschwerdeführerin im Laufe dieses Gerichtsverfahrens eingereichten Berichte der Klinik B.\_\_\_\_ vom 20. Februar, 28. März und 3. Juni 2014 ( Urk. 12/1-3) sind insoweit zu berücksichtigen, als daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt vor respektive zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2013 (Urk. 2) zulässig erscheinen, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 220 Erw . 3.1.1). 4.2.2

Gemäss dem Kurzaustrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2014 wurde die Beschwerdeführerin vom 24. Januar bis 20. Februar 2014 stationär behandelt. Als Austrittsdiagnosen wurden Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), eine mittelgradige Intelligenzminderung: ohne Angaben einer Verhaltensstörung (Erstdiagnose August 2012 G.\_\_\_\_ ; ICD-10 F71.9) und unbekannte sowie nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen bei/mit arterieller Hypertonie, Behandlung mit ACE-Hemmer und Betablocker seit Januar 2014 (ICD-10 R69) aufgeführt (Urk. 12/2).

Dieselben Austrittsdiagnosen wurden gemäss dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2014 nach der erneuten stationären Behandlung vom 21. bis 28. März 2014 gestellt. Die Beschwerdeführerin sei via Zuweisung ihrer Hausärztin

Dr. med. J.\_\_\_\_ , praktische Ärztin, aufgrund anhaltender depressiver Beschwerden, grossen allgemeinen Ängsten und sozialem Rückzug freiwillig in die stationäre Behandlung gekommen. Gemäss dem Ehemann habe die Beschwerdeführerin etwa vor zwei Wochen Suizidgedanken geäussert, sich jedoch sogleich wieder davon distanziert. Bei Eintritt habe sie Suizidgedanken verneint. Zuhause betreue sie ihren asbestbedingten lungenkranken Ehemann. Die Statuserhebung sei mit dem anwesenden Ehemann als

Dolmetscher erfolgt. Sie habe vor allem Angst. In der Grundstimmung sei sie deprimiert und weinerlich. Der Antrieb sei reduziert. Gemäss den Angaben des Ehemannes schlafe sie sehr viel, liege immer im Bett, habe sich zurückgezogen, wolle die Wohnung nicht mehr verlassen. Auch leide sie an Appetitlosigkeit. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert.

Bei Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin in ähnlichem Zustand wie bei der letzten Hospitalisation

(vom 24. Januar bis 20. Februar 2014) mit mittelgradig depressivem Zustandsbild, diffusen Ängsten und Nervosität gezeigt. Sie wünsche einen baldigen Austritt, da sie nur auf Drängen der Hausärztin in die Klinik eingetreten sei und keinen Grund für eine aktuelle Hospitalisation sehe. Gemäss den Angaben des ambulanten Netzwerkes sei die Beschwerdeführerin seit dem letzten Austritt am 20. Februar 2014 nicht mehr zu ihren Terminen in der psychiatrischen Praxis von Dr. C.\_\_\_\_ erschienen. Zudem sei auch der Kontakt zur psychiatrischen Spitex und dem Freiwilligen Dienst abgebrochen. Bei Austritt sei der Affekt im Vergleich zum Eintritt unverändert und Ängste noch vorhanden gewesen. Auch auf Serbisch würden die Antworten mit leichter Latenz erfolgen (Urk. 12/1). 4.2.3

Daraus lässt sich für die massgebliche Zeit bis zum angefochtenen Entscheid vom 22. Juli 2013 (Urk. 2) nichts zugunsten der Beschwerdeführerin ableiten, zumal die stationären Behandlungen mehr als ein halbes Jahr danach stattfinden und zumindest in psychischer Hinsicht wiederum die bekannten Diagnosen gestellt wurden. Ob ab 2014 eine andauernde und invaliden versicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes eingetreten sei, ist hier nicht zu beurteilen. 5.

Zusammenfassend lag im zu beurteilenden Zeitraum vom 29. Juni 2009 (Urk. 9/28) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2013 (Urk. 2) keine Gesundheitsbeeinträchtigung vor, welche die Leistungs-, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt während mehr als einem Jahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG) unüberwindbar und massgeblich (Art. 28 Abs. 2 IVG) eingeschränkt hätte. Die Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen, ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

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

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