

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00139 vom 30. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00139](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00139)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00139 du 30 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00139 del 30 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein kör perlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsscha den eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geis tigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für den Medi kamentenmissbrauch massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechsel wirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen des Medikamen tenmissbrauchs betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Medikamentenmissbrauch eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache des Medikamentenmissbrauchs darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausal zusammenhang zwischen Medikamentenmissbrauch und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutba ren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C\_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C\_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf

I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

Werden Medikamente zur Behandlung einer Krankheit verordnet und entsteht in der Folge eine Abhängigkeit von diesen Medikamenten, so ist die Abhängigkeit als krankheitsbedingt entstanden und als invalidenversicherungsrechtlich relevant zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 5).

### **E. 1.3**

Die Versicherte arbeitete zu 50 % als Küchenangestellte beim A.\_\_\_\_, als es ihr am 29. Juli 2011 beim Wasserholen schwindlig wurde, sie nach hinten kippte und sich beim Versuch, sich am Becken festzuhalten, den linken Fuss und das linke Knie verdrehte (Urk. 7/150/233, 7/150/207). Die Versicherte unterzog sich am 9. September 2011 und am 31. Mai 2012 zwei operativen Eingriffen am linken Kniegelenk (Urk. 7/150/195, 7/150/65). Vom 24. April bis 4. Mai 2012 und vom 4. Juli bis 2. August 2012 befand sie sich zur Rehabilitation in der B.\_\_\_\_ (Ausschnittsberichte vom 7. Mai und 6. August 2012, Urk. 7/150/91, 7/150/39). Der zuständige Unfallversicherer, die Suva, erbrachte Taggelder und Heilbehandlung bis zum 8. November 2012 (Urk. 7/150/10).

Am 25. Mai 2012 hatte die Versicherte sich wegen Kniebeschwerden und psychischen Beeinträchtigungen erneut bei der IV-Stelle für die berufliche Integration und den Rentenbezug angemeldet (Urk. 7/124). Die IV-Stelle zog die Akten der Suva bei (vgl. Urk. 7/133/1-158 und Urk. 7/150/1-241) und holte die Berichte der C.\_\_\_\_ vom 19. März und vom 30. August 2013 ein (Urk. 7/151, 7/153). Gemäss der Mitteilung vom 23. April 2013 waren keine beruflichen Massnahmen möglich (Urk. 7/152). Sodann veranlasste die IV-Stelle die psychiatrische Begutachtung der Versicherten bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welches Gutachten am 24. Juni 2014 erstattet wurde (Urk. 7/166). Die von der IV-Stelle gestellten Zusatzfragen beantwortete Dr. D.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 26. September 2014 (Urk. 7/168; vgl. auch Urk. 7/220/10-12). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung beim Zentrum für Medizinische Begutachtung E.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/177 ff.). Das entsprechende Gutachten datiert vom 26. Oktober 2016 (Urk. 7/219). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 7/221/4) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. Januar 2017 ab (Urk. 2).

#### **E. 1.3.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits-

und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3.2**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren 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. 1.3.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad » (E. 4.3) - Komplex « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3) - Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

#### **E. 1.4**

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. 28 Abs. 1 IVG).

#### **E. 1.5**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung 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 eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Relevant ist jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen ( BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen ). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächli cher Hinsicht umfassend (« allseitig ») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung (oder Mit teilung) , welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechts konformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerb lichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). 2.

#### **E. 2**

Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde der Versicherten vom 1. Februar 2017 mit dem Rechtsbegehren, es sei die Verfügung vom 20. Januar 2017 aufzuheben und es sei ihr eine volle Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen und diese anzuweisen, die not wendigen Abklärungen vorzunehmen

beziehungsweise zu veranlassen (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 13. März 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung (Urk. 6), wovon der Versicherten am 30. März 2017 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 8).

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

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2017 (Urk. 2) und in der Beschwerdeantwort vom 13. März 2017 (Urk. 6) davon aus, die medizinischen Unterlagen beschrieben denselben Sachverhalt wie zur Zeit des Gutachtens des Z.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2005. Lediglich die Beurteilung der objektiven Befunde sei eine andere. Somit liege kein Revisionsgrund vor. Das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sei zudem unvollständig. Im E.\_\_\_\_-Gutachten werde das subjektive Empfinden der Versicherten beschrieben und es würden keine objektivierbaren Befunde genannt. Es würden Traumatisierungen durch den Ehemann während der Ehe beschrieben. Eine Gewalteinwirkung sei in der seit 2002 durchgeführten Therapie nie ein Thema gewesen. Die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit der Versicherten durch die Behandler würden im E.\_\_\_\_-Gutachten unkritisch übernommen. Die Versicherte sei nicht verbeiständet. Auf die Arbeitsunfähigkeitsangaben im Gutachten sei nicht abzustellen. Die neu geltend gemachte koronare Herzkrankheit sei nicht erheblich genug, um einen längerdauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu begründen (Urk. 2 und 6).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin liess demgegenüber vorbringen, wie die IV-Stelle zum Schluss komme, dass ein unveränderter Sachverhalt vorliege, sei angesichts der klaren und ausführlichen Gutachten nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 4 ff.). Die Abklärungen in den neuen Gutachten seien entgegen den Ausführungen der IV-Stelle sehr wohl objektiv erfolgt. Auch in Anbetracht der 2011 eingetretenen Knieverletzung, welche sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, könne nicht von einem gleichgebliebenen Sachverhalt ausgegangen werden. Beide aktuell eingeholten Gutachten bestätigten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Darauf sei abzustellen (Urk. 1 S. 5 f.). Gegebenenfalls seien weitere Abklärungen zu veranlassen. Auf das mehr als 10 Jahre alte Z.\_\_\_\_-Gutachten könne in jedem Fall nicht mehr abgestellt werden (Urk. 1).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin betitelte die Verfügung vom 20. Januar 2017 mit «Auf Ihr neues Leistungsbegehren wird nicht eingetreten». In der Beschwerdeantwort führte sie dazu aus, der Entscheid sei zwar als Nichteintreten bezeichnet worden, tatsächlich sei aber über das Leistungsgesuch materiell entschieden worden (Urk. 6).

Strittig und zu prüfen ist, ob seit dem letzten rentenverneinenden Entscheid, welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhte, mithin dem Einspracheentscheid vom 20. Juni 2006 (Urk. 7/71), eine relevante Veränderung eingetreten ist. Strittig ist sodann auch, ob auf die Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ und der Ärzte des E.\_\_\_\_ – insbesondere auf deren Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.1.1) – abgestellt werden kann, und ob ein Rentenanspruch resultiert.

3. 3.1 Im Zeitpunkt des Vergleichsbasis bildenden Einspracheentscheides vom 20. Juni 2006 lag im Wesentlichen das Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 30. November 2005 (Urk. 7/58)

vor. Darin wurden gestützt auf eine internistische, eine rheumatologische und eine psychiatrische Untersuchung folgende Diagnosen gestellt (Urk. 11/57 S. 17): 1.

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: a) Chronisches unspezifisches Schmerzsyndrom mit Schulter-Armsyndrom rechts (ICD-10 M 89.0) - Status nach Quetschungstrauma Hand rechts am 09.12.99 mit anamnestisch beschriebener passagerer möglicher Sudeckdystrophie - bei Diagnose 5.2.1 (hier = 2a) b) Leichtes zervikothorakovertebrales tendomyotisches Schmerzsyndrom (ICD-10 M 53.0) - Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung 2.

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: a) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), insbesondere die rechte Schulter, den rechten Arm und die rechte Hand betreffend b) Leichte rezidivierende depressive Verstimmungen (ICD-10 F 33.0) zurzeit remittiert c) Hypothyreose (ICD-10 E 03.9) - aktuell ungenügend medikamentös substituiert d) Hypercholesterinämie, bisher unbehandelt (ICD-10 E 78.0) - Übergewicht (BMI 28.5 kg/m<sup>2</sup>) e) Fortgesetzter Nikotinkonsum (5-10 py) (ICD-10 F 17.1).

In Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der objektivierbaren Befunde führten die Gutachter aus, dass der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 10-15 kg, ohne Einnahme von Zwangshaltungen aus rheumatologischer Sicht uneingeschränkt zumutbar sei. Die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Packerin beziehungsweise die früher durchgeführte Tätigkeit als Krankenpflegerin seien zu mindestens 70 % zumutbar. Im Haushalt könne eine höchstens 20%ige Einschränkung aus Sicht des Bewegungsapparates nachvollzogen werden für schwere Putzarbeiten und das Tragen schwererer Taschen. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht bestünden keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit tangieren würden. Aus psychiatrischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin bei somatisch nicht erklärbaren Beschwerden und vorhandener psychosozialer Belastungssituation eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden, insbesondere betreffend die rechte Schulter, den rechten Arm und die rechte Hand. Früher seien rezidivierende depressive Verstimmungen beschrieben worden, wobei derzeit keine Symptomatik bestehe und eine Remission angenommen werden müsse. Dementsprechend bestehe auch aus psychiatrischer Sicht bei vorliegender somatoformer Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend resultiere, dass der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ganztägig ohne Leistungseinschränkung medizinisch-theoretisch zumutbar seien (Urk. 7/58/17 ff.).

Der psychiatrische Gutachter führte weiter aus, die Schmerzproblematik in der rechten Schulter, dem rechten Arm und der rechten Hand könne nicht alleine mit einer dissoziativen Störung in Verbindung gebracht werden, da diese mehrheitlich mit einem Verlust der Empfindungen oder allenfalls der Beweglichkeit einhergingen, nicht aber hauptsächlich mit Schmerzen. Die Symptomatik müsse diagnostisch im Sinne einer funktionellen Einarmigkeit bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung erfasst werden. Es liege sicher ein innerpsychischer Konflikt vor, es müsse vermutet werden, dass er sich im narzisstischen Bereich ansiedle, zeige sie sich doch etwas schnell kränkbar, aufbrausend und wütend. Es müsse vermutet werden, dass es sich hauptsächlich um das Alleinsein handle, das die Versicherte beschäftige (Urk. 7/58 S. 16). Aus rein psychiatrischer Sicht –

auch im Rahmen der Schadenminderungspflicht – sei ihr eine körperlich angepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 7/58/17).

Gestützt darauf verneinten die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Dezember 2005 und Einspracheentscheid vom 20. Juni 2006 und in der Folge das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 31. Oktober 2007 einen Rentenanspruch der Versicherten. 3.2

Am 16. September 2006 zog die Versicherte sich eine Schädelkontusion mit Rissquetschwunde am Hinterkopf zu (Urk. 7/139).

Nach den Angaben im Bericht des F.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 8. Mai 2008 habe die Versicherte über Schmerzen im ganzen Körper, vor allem über Nackenschmerzen und lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein, welche unabhängig von Bewegung oder Belastung auftreten würden, geklagt. Daneben bestünden auch Gelenksbeschwerden mit Schmerzen in den Handgelenken und den Fingergelenken beidseits rechtsbetont und unveränderte Armschmerzen rechts (Urk. 7/99/6). Schmerzmedikamente nehme die Versicherte nicht ein. Aktuell sei die Haushaltstätigkeit der Versicherten nicht mehr möglich. Die Kinder würden bei der Bewältigung der Alltagsaktivitäten helfen. Die Versicherte stehe aktuell in regel mässiger psychologischer Betreuung in Wetzikon (Urk. 7/99/7). 3.3

Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, diagnostizierte im Bericht vom 29. August 2011 eine Knie-Distorsion links vom 29. Juli 2011 mit wahrscheinlicher Meniskusläsion lateral (Urk. 7/150/213). Am 9. September 2011 erfolgte eine Kniearthroskopie links mit partieller lateraler Menisektomie (40 % des Volumens; Urk. 7/150/200).

Gemäss den Angaben der Ärzte des C.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2012, welche über die Behandlung der Versicherten vom 22. November 2011 bis 2. April 2012 berichteten, habe die Versicherte sich 2002 erstmals und in der Folge wiederholt in psychotherapeutische Behandlung begeben (Urk. 7/150/56). Die Versicherte habe beim Erstgespräch über Schwindel geklagt, der zu Ohnmachtsanfällen führen würde, nach welchen sie bis zu drei oder vier Stunden abwesend sei. Bei einem solchen Anfall sei sie auch gestürzt und habe sich das Knie verletzt. Sobald sie unter vielen Leuten sei, leide sie an Panikgefühlen. Vor drei Jahren habe sie einen Suizidversuch durch Tablettenintoxikation unternommen wollen, der ältere Sohn habe sie jedoch davon abgehalten (Urk. 7/150/56). Aktuell verfüge sie über keine Tagesstruktur und ihr psychischer Zustand habe sich erneut verschlechtert und sie habe wiederholt Suizidgedanken gehabt (Urk. 7/150/57). Die Ärzte diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21).

Bei protrahiertem Verlauf befand sich die Versicherte vom 24. April bis 4. Mai 2012 in der B.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 7. Mai 2012 wurden eine beim Unfall vom 29. Juli 2011 eingetretene Distorsion des oberen Sprunggelenks links sowie eine Distorsion des linken Knies diagnostiziert. Das MRI vom 11. Januar 2012 habe einen komplexen Riss des Hinterhorns, Pars intermedius des Meniskus, gezeigt und es bestehe der Verdacht auf ein nicht wesentlich disloziertes, abgelöstes Meniskusfragment. Im orthopädischen Konsil sei die erneute Vorstellung beim Operateur zur endgültigen Sanierung des Restmeniskus empfohlen worden (Urk. 7/150/93, 7/150/97). Im Rahmen der psychosomatischen Abklärung habe sich gezeigt, dass Zeichen einer depressiven Störung mit Traurigkeit, emotionaler Instabilität, Gereiztheit/Reizbarkeit, kognitiven Einschränkungen und massiven Insuffizienzgefühlen vorlägen, weswegen die Versicherte bereits – nun neu im C.\_\_\_\_ - in Behandlung sei (Urk. 7/150/93).

Am 31. Mai 2012 erfolgte eine Re-Arthroskopie mit lateraler Teilmeniskektomie links (Urk. 7/150/72). Gemäss dem Austrittsbericht der B. \_\_\_ nach dem zweiten Aufenthalt der Versicherten vom 4. Juli bis 2. August 2012 (Urk. 7/150/39) war die Versicherte während ihres Aufenthalts täglich psychotherapeutisch betreut worden. Neben den fixen Terminen sei es teilweise zu zusätzlichen Kriseninterventionen gekommen. Die Versicherte sei im Allgemeinen, aber auch bezüglich ihrer eigenen psychischen Situation, insbesondere der emotionalen Instabilität mit dysphorischen Ausbrüchen sehr ängstlich und unsicher und nehme Hilfe gerne und oft in Anspruch (Urk. 7/150/42). Nach der Beurteilung durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und die Psychologin der B. \_\_\_ begründeten der Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 33.1; differentialdiagnostisch chronische Depression) sowie die wiederholten Schwindelattacken und Synkopen unklarer Ursache aktuell zumindest eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung (Urk. 7/150/52).

Die Ärzte der B. \_\_\_ hielten weiter fest, das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie der Diagnosen nur zum Teil erklären. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit wechselbelastend sei der Versicherten ab circa dem 1. September 2012 zumutbar. Das Ziel sei, eine weitere Belastungssteigerung im Verlauf zu erreichen (Urk. 7/150/41-42).

Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 10. Oktober 2012 (Urk. 7/150/15) gab Kreisarzt Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, an, es liege höchstens eine leichte Arthrose des linken Kniegelenks im lateralen femorotibialen Kompartiment vor. Das von der Versicherten geklagte Beschwerdebild lasse sich sowohl bezüglich der Schmerzintensität als auch der Funktionseinschränkung auf somatischer Ebene nicht erklären. Aufgrund der klinischen und intraoperativ erhobenen objektivierbaren Befunde bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit (Urk. 7/150/19, 7/150/13).

Gemäss dem Bericht der Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_ des C. \_\_\_ vom 14. Januar 2013 (Urk. 7/151) fand seit dem 26. November 2012 erneut eine ambulante Behandlung der Versicherten statt (Urk. 7/151/2). Sie hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.10), eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F 13.24), eine deutlich ausgeprägte kognitive Beeinträchtigung (MMS vom 25. Januar 2013: 17 von 30 Punkten) bei einem Verdacht auf dementielle Ent Wicklung unklarer Ursache (ggf. Einfluss durch Benzodiazepinabusus, Differentialdiagnose: organische Ursache), einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1), sowie einen Verdacht auf eine Epilepsie mit komplex-fokalen Anfällen bei rezidivierenden Bewusstseinsstörungen (Differentialdiagnose: psychogen) fest.

Die Ärztin gab ab an, die Versicherte stehe seit dem Jahr 2002 mit Unterbrechungen aufgrund einer vielschichtigen und teils unübersichtlichen psychischen und somatischen Beschwerdelage in Behandlung (Urk. 7/151/3). Die aktuell festgestellten kognitiven Einschränkungen seien beim erstmaligen Eintritt in die Behandlung noch nicht auffällig gewesen. Erstmals sei beim Eintrittsbefund im Juli 2006 von Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen die Rede gewesen. Damals sei auch von Schwindel- und Panikgefühlen, Kontrollzwängen sowie einer einmaligen Ohnmacht berichtet worden (Urk. 7/151/3). Erst beim Behandlungsbeginn im Jahr 2011 habe sie von wiederholt

vorkommenden, teils mehr stündigen Bewusstlosigkeiten berichtet (Urk. 7/151/3). Hinsichtlich des Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung bestünden nur wenige Vorinformationen. Die Versicherte gebe an, vergessen zu wollen. Es gebe Andeutungen über Gewalterfahrung in der Ehe (Urk. 7/151/3). Zurzeit werde neben dem Besuch der Alterstagesklinik an zwei Nachmittagen in der Woche eine supportive Gesprächstherapie in zwei- bis dreiwöchentlichen Abständen fortgeführt (Urk. 7/151/4).

Im Bericht vom 30. August 2013 (Urk. 7/153/1) hielt Dr. I. \_\_\_ fest, seit dem letzten Bericht seien die Bewusstseinsverluste psychogen und somit als vermutlich zur schwierigen psychosozialen Vorgeschichte der Versicherten in Bezug stehend identifiziert worden (vgl. dazu auch Urk. 7/156). Sie diagnostizierte neu dissoziative Anfälle (ICD-10 F 44.5; Urk. 7/1532-3). Aktuell werde im Hamilton Score ein Wert von 31 Punkten gemessen, was weiterhin eine mittel- bis schwer gradige Depression anzeige. Besserungen hätten sich in erster Linie bei der Tagesstruktur ergeben. Die Versicherte besuche weiterhin regelmässig die Tagesklinik, sie treffe gelegentlich Bekannte und mache Unternehmungen mit, wenn sie sich dazu in der Lage fühle (Urk. 7/153/3). Verschlechterungen des Zustands lägen meist in Auseinandersetzungen mit dem Sozialamt begründet, oder wie aktuell im August, im Nahen des Todestages des Vaters (Urk. 7/153/3). Die Errichtung einer Beistandschaft sei vom Sozialamt O. \_\_\_ abgelehnt worden mit der Begründung, dort übernehme man sämtliche im Rahmen einer Beistandschaft ausgeübten Aufgaben (Urk. 7/153/3). Das Medikament Temesta sei durch den Sohn reduziert worden (Urk. 7/153/4). Aktuell bestehe eine low-dose Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F 13.24; Urk. 7/153/2). Auffassung, Konzentration und Erinnerungsvermögen seien deutlich beeinträchtigt. Es bestehe eine erhöhte Erschöpfbarkeit. Unter vielen Menschen verstärkten sich die Beeinträchtigungen. Es bestehe eine ausgeprägte Affektlabilität. Kochen und Hausarbeiten seien laut der Versicherten nur unter grossen Mühen möglich (Urk. 7/153/4). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Sinne einer geschützten Tätigkeit ohne Zeitdruck und mit Rückzugsmöglichkeiten könne die Versicherte derzeit maximal zwei Stunden ohne Unterbrechung ausüben (Urk. 7/153/4). 3.5

Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 24. Juni 2014 eine Panikstörung (ICD-10 F 41.0), eine chronisch rezidivierende depressive Störung, zur Zeit leichten Grades (ICD-10 F 33.01) und eine asthenische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.7) mit schizoiden, emotional labilen und unintelligenten Zügen. Bei der klinischen Untersuchung habe die Versicherte einen grob auffälligen, pathologischen Eindruck hinterlassen. Sie weise eine parathyme, inadäquate, unrealistische Emotionalität auf mit einem ständigen Lächeln, einem unergründlichen Lachen, einer absoluten Nonchalance und Gleichgültigkeit und einer nicht richtig spürbaren Affektivität. Die paranoide Symptomatik habe sich aus Ängsten der Versicherten auf dem Boden einer asthenischen Persönlichkeitsstörung ergeben, die sich mit den aversiven Lebenserfahrungen und der subjektiv beanspruchten den Alleinerziehung zugespitzt hätten und in eine Panikstörung ausgemündet seien (Urk. 7/166/12).

Die Ehe der Versicherten sei durch Gewalt des Ehemannes und Entwertungen geprägt gewesen. Die Versicherte gebe an, bis vor kurzer Zeit seien die Drohungen und Verfolgungen durch den Ex-Ehemann weitergegangen. In Wirklichkeit habe die Versicherte keinen Kontakt mehr zu ihm, ein nicht quantifizierbarer Teil ihrer Verfolgungsängste sei demnach paranoid bedingt. Mit der Situation der Ehetrennung, der Alleinerziehung ihrer Kinder und den finanziellen und existentiellen Bedingungen scheine

die Versicherte überfordert gewesen zu sein (Urk. 7/166/13). Neben der rezidivierenden oder chronifizierten depressiven Störung, die heute wenig prominent und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wenig relevant sei, habe sich eine Panikstörung entwickelt. Diese sei im Verlauf exazerbiert und chronifiziert. Nach der Ehetrennung habe die Versicherte noch fast ein Jahrzehnt eine Büroarbeit mit einem halben Pensum versehen, sei aber dann nach einem Arbeitsunfall mit wahrscheinlich psychisch bedingten Mitfolgen lange Zeit arbeitsunfähig gewesen und später nicht mehr bedeutsam erwerbstätig (Urk. 7/166/14). Die weiteren Unfälle circa 2006 und im Juli 2011 seien Folgen von panikbedingten Synkopen (Urk. 7/166/14).

Die Panikattacken respektive –zustände hätten sich nach der Ehetrennung erst mals gezeigt und hätten sich allmählich immer deutlicher manifestiert und sich klinisch immer stärker ausgewirkt und hätten spätestens ab Juli 2011 eine geregelte Erwerbstätigkeit verunmöglicht (Urk. 7/166/14).

Durch die paranoide Symptomatik mit Stimmenhören und allgegenwärtigen Verfolgungsängsten stehe die Versicherte unter einem permanenten pathologischen Stress (Urk. 7/166/15). Der psychosomatische Anteil des Schmerzsyndroms sei durch den psychischen Stress bedingt (Urk. 7/166/15). Eine eigentliche posttraumatische Belastungsstörung bestehe nicht (Urk. 7/166/16).

Die Versicherte sei mindestens seit April 2012 bis heute aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/166/16). Im Verlauf habe die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zugenommen (Urk. 7/166/17). Die Verschlechterung liege darin, dass sich neu eine schwerwiegende Panikstörung klinisch manifestiert und chronifiziert habe (Urk. 7/168/2). 3.6

Im Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom C. \_\_\_ vom 25. November 2015 (Urk. 7/174/4) wurde unter anderem festgehalten, der Versicherten sei es vor wenigen Wochen gelungen, das Benzodiazepin mit dem Wirkstoff Lorazepam vollständig abzusetzen, was sich womöglich auf ihre kognitiven Defizite zukünftig positiv auswirken könnte (Urk. 7/174/4). Die Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.00), eine deutlich ausgeprägte kognitive Beeinträchtigung wahrscheinlich im Rahmen der dauerhaft vorhandenen depressiven Störung (gegebenenfalls auch unter Einfluss der jahrelangen Benzodiazepineinnahme), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) und dissoziative Anfälle (ICD-10 F 44.5; Urk. 7/174/2). Aus psychiatrischer Sicht stehe eine chronifizierte depressive Symptomatik mit ausgeprägten kognitiven Defiziten im Vordergrund. Eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt erscheine angesichts dieser langjährigen psychischen Störung unwahrscheinlich (Urk. 7/174/4; vgl. auch Urk. 7/173). 3.7

Im E. \_\_\_ wurde die Versicherte allgemeinmedizinisch/internistisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht und beurteilt. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (Urk. 7/219/60): - Dissoziative Störung (ICD-10 F 44.7) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 33.11) - Tätlicher Angriff mit körperlicher Gewalt (ICD-10 Y04) - Sexueller Missbrauch mittels körperlicher Gewalt (ICD-10 Y05) - Chronisches Schulter-Arm-Syndrom rechts mit Bewegungseinschränkung der Schulter; Status nach Schulter- und Handverletzung am Arbeitsplatz 12/1999; Status nach möglichem passagerem CRPS (Komplexes Regionales Schmerzsyndrom) I, Differentialdiagnose: partieller Disuse – Schultersteife.

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches zerviko-vertebrales Syndrom mit lokalen Tendomyosen und möglicher Spannungskopf schmerzkomponente, eine chronische Gonalgie, ein unspezifisches Schmerzsyn drom am rechten Rippenbogen bei anamnestisch angegebener Rippenfraktur, eine chronische Lumbalgie, die substituierte Hypothyreose unklarer Ätiologie sowie ein Eisenmangel ohne Anämie (Urk. 7/219/60-61).

Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung habe sich eine deutliche Diskre panz zwischen den Schmerzangaben und der unbehinderten Beweglichkeit bei spontanen Bewegungen wie zum Beispiel beim An- und Ausziehen gezeigt (Urk. 7/219/61, 7/219/38). Aus orthopädischer Sicht sei eine gewisse Minderbe lastbarkeit der rechten Schulter-Armregion festzustellen, weswegen körperlich schwere, insbesondere repetitive Überkopfarbeiten nicht durchgeführt werden sollten. Adaptierte, körperlich leichte, rückschonende und wechselbelastende Tätigkeiten seien aber vollschichtig möglich (Urk. 7/219/62).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte faktisch in allen Bereichen des Lebens massiv eingeschränkt. Sie sei durch ihren Sohn im erweiterten Sinne ver beiständet, alle ihre persönlichen Angelegenheiten würden durch ihn erledigt, ihre psychische Funktionsfähigkeit sei gemessen an der Funktionsfähigkeit eines gesunden erwachsenen Menschen äusserst defizitär. In der Untersuchung habe sich eine mittelgradige Depression gezeigt. Psychodynamisch und als Leitsymp tom seien die immer wiederkehrenden dissoziativen Anfälle vorhanden. Die Dissoziation als Reaktion auf Traumatisierungen sei in der Literatur bestens beschrieben. Angesichts der massiven Beeinträchtigung der psychischen Funktionsfähigkeit, die im psychiatrischen Teilgutachten ausführlich beschrieben sei, müsse von einer weitgehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 7/219/62-63). Zu erwähnen sei zudem eine jahrelange schwere Benzodiaze pinabhängigkeit, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für den früheren deso laten psychischen Zustand der Versicherten verantwortlich gewesen sei. Eine langdauernde unkontrollierte Benzodiazepineinnahme führe zu kognitiven Störungen, einer ausgeprägten Merkfähigkeitsstörung, zu emotionalen Störun gen, einer reduzierten Schwingungsfähigkeit, einer inneren Leere und Anhedonie und zu Panikstörungen bei wechselnden Serumspiegeln. Das heisse, die Benzodi azepine führten zu genau den Symptomen, gegen die sie verordnet worden seien (Urk. 7/219/63, 7/219/49). Die Abhängigkeit der Versicherten habe erfolgreich behandelt werden können, was mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zu einer leich ten Verbesserung der psychischen Funktionsfähigkeit im Vergleich zu 2012 geführt habe. Die Versicherte nehme weiterhin kooperativ an psychiatrischen Behandlungen teil und sie besuche auch Gruppen von Landsleuten, was als posi tiv zu deuten sei. Trotzdem sei eine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft aktuell aufgrund der schwer beeinträchtigten psychischen Funktionsfähigkeit nicht gegeben (Urk. 7/219/63). Im Rahmen der neuropsychologischen Unter suchung habe keine Diagnose gestellt werden können, da die Motivation der Ver sicherten nicht genügend vorhanden gewesen sei. Dabei habe es sich eher nicht um ein bewusstes Phänomen gehandelt, da das Screeningverfahren zur Validität eine unauffällige Leistung gezeigt habe. Das neuropsychologische Testprofil dürfte auch Ausdruck von resignativen Tendenzen sein. Mit motivationalen Hin weisen habe die Leistung der Versicherten verbessert werden können. Diese liege jedoch auch unter der Bedingung der von aussen gegebenen Motivation im unterdurchschnittlichen Bereich (Urk. 7/219/57).

Insgesamt sei seit dem 26. November 2012 von einer bis aktuell bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 7/219/65). 3.8

Gemäss dem Bericht der Ärzte des J.\_\_\_\_ vom 8. November 2016 bestand eine ischämische Kardiomyopathie bei einer Erstdiagnose am 26. Oktober 2016 und als neue Diagnose eine koronare 2-Gefässerkrankung (Urk. 7/226/1). 4. 4.1

Bei der Prüfung einer möglichen Veränderung seit 20. Juni 2006 (vgl. Urk. 7/71) ist der gesamte Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2017 zu berücksichtigen.

Durch den am 29. Juli 2011 erlittenen Unfall und die im Nachgang erforderliche Behandlung am linken Knie trat eine (vorübergehende) Veränderung ein, die zu einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 9. Oktober 2012 und damit von über einem Jahr führte (vgl. Urk. 7/150/140, 7/150/22, 7/150/19).

Inbesondere im Rahmen des zweiten Aufenthalts in der B.\_\_\_\_ vom 4. Juli bis 2. August 2012 war sodann eine Verschlechterung der psychopathologischen Befunde feststellbar mit namentlich im Vergleich zum November 2005 beziehungsweise Juni 2006 auch kognitiv-mnestischen Problemen (Urk. 7/150/35, demgegenüber: Urk. 7/58/15). Die Versicherte bedurfte intensiver Behandlung und Betreuung (Urk. 7/150/35). Die ebenfalls erstmals nach dem 20. Juni 2006 aufgetretenen Synkopen, deren Ursache zum damaligen Zeitpunkt im Juli 2012 noch unklar war, führten zu einer Angst der Versicherten vor erneuten Stürzen und zu einer Gangunsicherheit (Urk. 7/150/35). Die behandelnde Ärztin und die Psychologin des psychiatrisch-psychologischen Dienstes gingen von einer mindestens leichten arbeitsrelevanten Leistungsminderung aus (Urk. 7/150/36).

Durch die Ärzte der B.\_\_\_\_ wurde im Juli 2012 (erstmalig oder erneut wieder: vgl. Urk. 7/219/45) Temesta, ein Benzodiazepin verordnet, welches die Versicherte bei Unruhe beziehungsweise bei Bedarf einzunehmen hatte und welches Arzneimittel sich in der Folge unter Umständen ebenfalls auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirkte (Urk. 7/150/40, 7/150/42, 7/150/44, 7/151/4). Die Verschlechterung der psychopathologischen Befunde hielt im weiteren Verlauf an (Urk. 7/151/3). Die Versicherte berichtete von dauernd gedrückter Stimmung mit Suizidgedanken, Insuffizienz- und Schuldgefühlen sowie Schlafstörungen (Urk. 7/151/3). Die Benzodiazepinabhängigkeit, die sich eingestellt hatte, konnte im Oktober/November 2015 ganz überwunden werden (vgl. Urk. 7/174/4).

Für den Zeitraum ab der Neuanmeldung am 25. Mai 2012 sind somit für den Rentenanspruch relevante Veränderungen der gesundheitlichen Situation auszuweisen. Zu prüfen ist, wie sich diese Veränderungen auf den Rentenanspruch auswirken beziehungsweise ob ein (vorübergehender) Rentenanspruch bestand oder besteht. 4.2

In somatischer Hinsicht ist gestützt auf die Beurteilungen des Suva-Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2012 und der Ärzte des E.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 (Urk. 7/150/19, 7/219/62) für die Zeit nach der Beendigung der Unfallbehandlung, spätestens ab Oktober 2012 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, rückschonende und wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Überkopfarbeiten auszugehen.

Näher zu prüfen ist, ob und wenn ja, inwiefern sich das psychische Leiden auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirkte und auswirkt. 4.3

Anders als im Rahmen der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ im Juni 2014 (vgl. Urk. 7/166/1) war im Zeitpunkt der E.\_\_\_\_-Begutachtung die Benzodiazepinabhängigkeit überwunden

und konnte sich nicht mehr unmittelbar auf die Psychopathologie der Versicherten auswirken (vgl. Urk. 7/174/4). Bei der Langzeiteinnahme (zwei bis acht Wochen) von Benzodiazepinen kann es durch eine Gewöhnung zu einer Unterdosierung und dadurch zu Entzugserscheinungen kommen, wodurch die Symptome der psychischen Grunderkrankung verstärkt auftreten können. Bei einer Dosissteigerung können zusätzliche Symptome auftreten (vgl. zum Phasenmodell der Benzodiazepinabhängigkeit, [www.fosumos.ch](http://www.fosumos.ch)

). Auf diesen Umstand wies auch die Psychiaterin des E.\_\_\_\_ hin (Urk. 7/219/49). Für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit im Verlauf bis zum Verfügungszeitpunkt ist deshalb primär das aktuellere Gutachten des E.\_\_\_\_ geeignet.

#### 4.4

4.4.1  
Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 4.4.2

Das Gutachten des E.\_\_\_\_, insbesondere die psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Das Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Die begutachtende Psychiaterin zeigte auf, wie sich das psychische Leiden im Verlauf entwickelt hatte, und dass es nach der erfolgreichen Behandlung der Benzodiazepinabhängigkeit zu einer leichten Verbesserung der psychischen Funktionsfähigkeit kam (Urk. 7/219/62 f.).

Das E.\_\_\_\_-Gutachten steht in Bezug auf die Diagnosestellung im Wesentlichen im Einklang mit den Beurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ vom C.\_\_\_\_. Hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit besteht sodann auch eine Übereinstimmung mit dem Gutachter Dr. D.\_\_\_\_. Jedoch wurden – anders als durch Dr. D.\_\_\_\_ – weder eine Panikstörung noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (vgl. Urk. 7/166/12). Bei der Befragung durch Dr. K.\_\_\_\_ im E.\_\_\_\_ gab die Versicherte an, dass die Panikattacken seit der tagesklinischen Behandlung deutlich abgenommen hätten (Urk. 7/219/44). Anders als Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte die begutachtende Ärztin des E.\_\_\_\_ sodann keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn, weil kein Muster unangepasster Verhaltensweisen seit Kindheit und Jugend vorliege (Urk. 7/219/52). Das Gutachten des E.\_\_\_\_ weist damit eine ausreichende Auseinandersetzung mit den vorgehenden Beurteilungen auf. 4.4.3

Die Benzodiazepine wurden der Versicherten – zumindest seit 2012 – zur Behandlung ihres psychischen Leidens und zur Einnahme bei «Bedarf» verordnet (Urk. 7/150/42). Für eine

begrenzte Zeit bestand eine Abhängigkeit mit einer Dosis von 3 mg pro Tag (Urk. 7/151/4). 2013 konnte die Dosis massgeblich reduziert (low-dose-Abhängigkeit) und 2015 vollständig ausgeschlichen werden (Urk. 7/153/4, 7/174/4). Dr. D.\_\_\_\_ ging davon aus, dass die eingesetzten Tranquilizer zur Behandlung des Leidens der Versicherten geeignet waren (Urk. 7/166/15, 7/166/16).

Die nach dem zweiten Aufenthalt in der B.\_\_\_\_ eingetretene, vorübergehende Abhängigkeit ist damit als sekundäre Abhängigkeit zu klassifizieren. Sie entstand als Folge der Medikamente, die wegen der psychischen Erkrankung verordnet worden waren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 5). Deren Auswirkungen im Verlauf wurden durch die Ärzte des E.\_\_\_\_ somit zu Recht berücksichtigt. 4.4.4

Die Beschwerdegegnerin liess geltend machen, im psychiatrischen Teilgutachten des E.\_\_\_\_ werde zu sehr auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Die Gewalt durch den Ehemann sei vorher nie ein Thema gewesen. Die Versicherte sei sodann entgegen den Angaben im Gutachten nicht verbeiständet (vgl. Urk. 7/220/16).

Die psychiatrische Untersuchung besteht im Wesentlichen aus einer Befragung der versicherten Person. Die Angaben der versicherten Person, die wahrnehmbaren Befunde und das beobachtbare Verhalten bilden neben allfälligen vorhandenen früheren Beurteilungen, allfälligen Drittauskünften oder neben durchgeführten Tests Grundlage für die Beurteilung. Nach der Rechtsprechung bildet die wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis).

Die psychiatrische Gutachterin erachtete die Angaben der Beschwerdeführerin anhand der erhobenen Befunde und des Verhaltens der Versicherten, deren Anamnese äusserst schwierig zu erfassen gewesen sei, als glaubhaft (vgl. Urk. 7/219/44-47, 7/219/49).

Die Angaben der Beschwerdeführerin im E.\_\_\_\_ vom Juli 2016 stehen sodann nicht für sich, sondern werden durch den Verlauf, welcher mit den Ausführungen der behandelnden Ärzte und Ärztinnen relativ genau dokumentiert ist, bestätigt.

So wurde die während der Ehe erlittene Gewalt - soweit ersichtlich - im Rahmen der Behandlung im C.\_\_\_\_ ab November 2011 erstmals erwähnt (vgl. Urk. 7/150/56). Es trifft somit nicht zu, dass die Gewalt durch den Ehemann im Rahmen der Therapie nie ein Thema gewesen wäre. Die Versicherte bekundete sodann Mühe, über ihre diesbezüglichen Erfahrungen zu berichten (vgl. Urk. 7/151/3, 7/166/8, 7/166/13, 7/219/40). Die verschiedenen Arzt- und Gutachterpersonen erachteten die geschilderten Erfahrungen als glaubhaft.

Auch die «faktische Verbeiständung» durch den Sohn (vgl. Urk. 7/219/44) ist aufgrund der weiteren Akten glaubhaft. Die Versicherte gab im Verlauf etwa an, sie lebe mit ihrem älteren Sohn zusammen und sei auf dessen ständige Unterstützung angewiesen (Urk. 7/151/3, 7/174/4). Der Sohn teile die Medikamente ein und habe das Benzodiazepin Temesta reduziert (Urk. 7/153/4). Die Versicherte wurde sodann bei der Gutachtenerstellung im E.\_\_\_\_ durch verwandte Personen begleitet (vgl. Urk. 7/219/45, 7/219/53). Ziel der Behandlung im C.\_\_\_\_ war denn unter anderem auch das Erreichen einer grösseren Selbständigkeit und Autonomie (Urk. 7/153/4, 7/174/4). 4.4.5

Das E.\_\_\_\_-Gutachten ist damit grundsätzlich beweiskräftig. Zu prüfen bleibt, ob die Ärzte und Ärztinnen des E.\_\_\_\_, namentlich Dr. K.\_\_\_\_, sich im Rahmen ihrer Beurteilungen an die normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechts erheblichen Indikatoren – und auch nach der im Verlauf mit der Überwindung der Benzodiazepinabhängigkeit eingetretenen Verbesserung – auf eine Arbeits unfähigkeit schliessen lassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). 4.5 4.5.1

Gemäss der Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ bestanden eine mittelgradige Depression sowie psychodynamisch als Leitsymptom die immer wiederkehrenden dissoziativen Anfälle mit Bewusstseinsverlusten. Die Stürze würden von der Versicherten konsistent und mit verschiedenen Folgen (Wohnungsbrand, Verirren in der Stadt, Verwechseln von Terminen) beschrieben (Urk. 7/219/48). Die psychische Funktionsfähigkeit sei gemessen an der Funktionsfähigkeit eines gesunden erwachsenen Menschen äusserst defizitär (Urk. 7/219/63). Es bestünden mittel gradige Einschränkungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei eventuell gar schwer beeinträchtigt. Schwer beeinträchtigt seien auch die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Kontakt- und Gruppenfähigkeit sei noch gegeben. Beinahe vollständig beeinträchtigt sei die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Die Verkehrsfähigkeit sei mittelgradig beeinträchtigt (Urk. 7/219/50-51; vgl. auch Urk. 7/219/47-48). Aufgrund der Erfahrungen in der Tagesklinik sei das Ausmass der Belastungsfähigkeit auf zwei Stunden pro Tag beschränkt (vgl. Urk. 7/219/50).

Durch Dr. K.\_\_\_\_ wurde damit ein Leiden von erheblichem Schweregrad plausibel und in Bezug auf die einzelnen Auswirkungen detailliert dargestellt (vgl. Urk. 7/219/50-51; anders: Urteil des Bundesgerichts 9C\_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1.2).

Bei der Entstehung der psychischen Störung spielten psychosoziale Belastungen eine Rolle (vgl. Urk. 7/219/65); jedoch ist nicht anzunehmen, dass das aktuelle Beschwerdebild weiterhin relevant durch psychosoziale Belastungen unterhalten wird (vgl. Urk. 7/219/51; anders: Urteil des Bundesgerichts 9C\_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3).

Die im Rahmen der somatischen Untersuchungen festgestellte Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden wurde auf die dissoziative Störung zurückgeführt (Urk. 7/219/64). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wurden keine Verdeutlichungstendenzen festgestellt (Urk. 7/219/52, 7/219/57). Aufgrund dessen und des Verlaufs bestand für die Gutachter und Gutachterinnen damit zu Recht kein Grund zur Annahme, die Einschränkungen der Versicherten seien auf Aggravation oder dergleichen zurückzuführen (vgl. BGE 141 V 298 E. 4.3.1.1). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass gemäss Dr. I.\_\_\_\_ die Versicherte selbst den Wunsch nach einer regelmässigen Beschäftigung geäussert hatte, dass eine solche aus ärztlicher Sicht aber lediglich im geschützten Rahmen als denkbar erachtet worden war (vgl. Urk. 7/174/5). 4.5.2

Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz führte Dr. K.\_\_\_\_ aus, durch die erfolgreiche Behandlung der Benzodiazepinabhängigkeit sei eine leichte Verbesserung der psychischen Funktionsfähigkeit im Vergleich zu 2012 eingetreten (Urk. 7/219/63). Die Versicherte nehme weiterhin kooperativ an psychiatrischen Behandlungen teil (Urk. 7/219/63). Sowohl die psychiatrisch–psychotherapeutische Behandlung als auch die

Aktivierung der Versicherten sollten fortgeführt werden (Urk. 7/219/52). Die Auswirkungen dieser Behandlungen seien offen (Urk. 7/219/53). Eventuell könnten von der Versicherten ganz einfache Arbeiten, die von aussen vorgegeben seien, für kurze Zeit erledigt werden (Urk. 7/219/50). Eine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft sei aktuell nicht gegeben (Urk. 7/219/63).

Aufgrund dieser Ausführungen kann weder von einer vollständigen Therapie resistenz des Leidens ausgegangen werden, noch davon, dass das Leiden (gut) therapierbar ist. Vielmehr ist das Erreichen arbeitsunfähigkeitsrelevanter Verbesserungen ungewiss. Unter diesen Umständen ist die Schlussfolgerung von Dr. K.\_\_\_\_, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annahm, nachvollziehbar. 4.5.3

In somatischer Hinsicht bestehen insbesondere ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom, ein chronisches zerviko-vertebrales Syndrom sowie eine chronische Gonalgie sowie eine Hypothyreose unklarer Ätiologie (Urk. 7/219/61). Erhebliche somatische Komorbiditäten lagen damit nicht vor. Die neu aufgetretene koronare 2-Gefässerkrankung (vgl. Urk. 7/226) konnte sich im Beurteilungszeitraum nicht massgeblich ressourcenhemmend auswirken.

Der depressiven Störung und den wiederkehrenden dissoziativen Anfällen kommt jedoch erhebliche ressourcenhemmende Wirkung zu (vgl. Urk. 7/219/46 ff. und 7/219/49; vgl. auch 7/174/4). Beide tragen massgeblich zur Unselbständigkeit und zu den kognitiven Einschränkungen der Versicherten bei (vgl. Urk. 7/219/47). Im Verlauf lag sodann auch eine Benzodiazepinabhängigkeit vor, die das Leiden zusätzlich verschlimmert hatte und für den früheren desolaten Zustand der Versicherten (mit)verantwortlich war (Urk. 7/219/49). 4.5.4

Gemäss E.\_\_\_\_-Gutachten sind die traumatischen Erfahrungen in der Ehe sowie die Migrationsgeschichte mit einer früher nur rudimentären familiären sozialen Unterstützung belastend. Die traumatischen Erfahrungen in der Ehe hätten zu einer Veränderung der Persönlichkeit geführt (Urk. 7/219/51). Persönliche Ressourcen seien die gute Ausbildung und die sprachlichen Fähigkeiten sowie die Beziehungsfähigkeit der Versicherten (Urk. 7/219/51).

In der Persönlichkeit der Versicherten liegen somit erhebliche Belastungen, aber auch Ressourcen. 4.5.5

Die Versicherte nahm und nimmt für viele Alltagsaktivitäten Hilfe und Begleitung in Anspruch. Auch die von ihr gepflegten Kontakte werden von den Familienangehörigen organisiert oder wurden im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung angeregt und angeleitet (vgl. Urk. 7/174/4, 7/219/47). Auch der Tagesablauf werde vor allem durch aussenstehende Personen strukturiert (Urk. 7/219/47). Die behandelnden Personen und insbesondere die Familie der Versicherten leisteten und leisten einen erheblichen Betreuungs- und Betreuungsaufwand.

Die Ärzte nahmen entsprechend an, dass nur mehr einfachste Tätigkeiten, die von aussen vorgegeben seien, kurzzeitig ausgeübt werden könnten beziehungsweise Aufgaben im Rahmen einer geschützten Tätigkeit (Urk. 7/219/50, 7/219/63).

Diese Einschränkungen im Arbeitsleben sind nachvollziehbar. Die Versicherte verfügt zwar im Ergebnis über ein weitgehend intaktes soziales Umfeld, vermag etwa auch Gruppen von Landsfrauen zu treffen (vgl. Urk. 7/219/63). Dies ist jedoch massgeblich auf die Anstrengungen ihrer Familie und von Dritten zurückzuführen und als Erfolg der

durchgeführten Therapien zu betrachten. Mit den bisherigen Therapieanstrengungen konnte eine Stabilisierung der Situation und Erhaltung eines gewissen Funktionsniveaus erreicht werden (vgl. Urk. 7/153/3, 7/174/4). In Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen ist keine Ungleichmässigkeit ersichtlich. 4.5.6

Die Versicherte nahm in der Vergangenheit wiederholt psychiatrische Hilfe in Anspruch. Dies auch vor der erneuten Leistungsanmeldung vom 25. Mai 2012 (Urk. 7/150/56). Im Rahmen des zweiten Aufenthalts in B.\_\_\_\_ vom 4. Juli bis 2. August 2011 wurde die Versicherte täglich psychotherapeutisch betreut. Neben den fixen Terminen sei es teilweise zu zusätzlichen Kriseninterventionen gekommen (Urk. 7/150/35). Im Anschluss wurde im C.\_\_\_\_ eine supportive Gesprächstherapie durchgeführt und die Versicherte besuchte an zwei Nachmittagen die Woche die Alterstagesklinik (Urk. 7/151/4). Am 15. Dezember 2015 wurde zusätzlich von einer teilstationären Behandlung der Versicherten sowie dem Besuch einer Ergotherapie berichtet (Urk. 7/174/4). Daneben fand eine stete medikamentöse Therapie statt (Urk. 7/174/4). Angesichts der von der Versicherten gesuchten, in Anspruch genommenen und akzeptierten Hilfe ist von einem erheblichen Leidensdruck auszugehen. 4.5.7

Zusammenfassend erlaubt das E.\_\_\_\_-Gutachten eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgeblichen Indikatoren. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer schweren – trotz nicht restlos sicherer Therapieresistenz – Beeinträchtigung mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Bei der seit 26. November 2012 bis zum Verfügungszeitpunkt andauernden 100%igen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestünde sodann selbst dann, wenn weiterhin von einer Aufteilung 80 % Erwerb und 20 % Haushalt ausgegangen würde (vgl. Urk. 7/71). 4.6

Bei einer Anmeldung am 25. Mai 2012 (vgl. Urk. 7/124) kann der Rentenanspruch frühestens sechs Monate später, nämlich am 25. November 2012 entstehen, was zu einer Auszahlung ab dem 1. November 2012 führt (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

Bei Eintritt der andauernden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ab dem 26. November 2012 war die Versicherte während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen und hatte das Wartejahr erfüllt (100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. November 2011 bis 8. Oktober 2012, 320 von 366 Tagen, Durchschnitt von 87,4 %; vgl. E. 4.1). Von einem wesentlichen Unterbruch der Wartezeit im Sinne von Art. 29 ter IVV ist für die Zeit vom 9. Oktober bis 25. November 2012 angesichts der von den Ärzten der B.\_\_\_\_ angenommenen Einschränkungen aus psychischer Sicht nicht auszugehen (vgl. E. 4.1). Es bestand nämlich mindestens eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung (Urk. 7/150/36; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_412/2017 vom 5. Oktober 2017 E. 4.3).

Damit besteht ab dem 1. November 2012 Anspruch auf die ganze Rente.

Die Beschwerde ist gutzuheissen. 5.

5.1

Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 700.- festzusetzen und der unterliegenden

Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, welche ermessensweise auf Fr. 2'500.- festzulegen ist (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 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, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

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