

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00541 vom 20. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00541](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00541)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00541 du 20 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00541 del 20 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1966 geborene X.\_\_\_\_ war zuletzt ab dem 1. Mai 2011 in einem gerundet 32 % - beziehungsweise ab 10. Dezember 2012 23 % -Pensum als Küchenhilfe im Café J.\_\_\_\_

angestellt . Am 15. Juli 2013 meldete sie sich unter Hinweis auf Schmerzen in beiden Händen, Armen, Hüften, Knien und Füßen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1 und Urk. 7/8 ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, veranlasste eine Abklärung im Haushalt (Bericht vom 10. Oktober 2014; Urk. 7/26) und liess die Versicherte durch die

Y.\_\_\_\_ AG polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch) begutachten (Expertise vom 2. August 2016; Urk. 7/58 ). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/67 und Urk. 7/73 ) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 6.

April 2017 (Urk. 2) ab.

### **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). 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 ausgeglichene n Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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

Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V 146; vgl. Art. 27 und 27 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018) wird zu nächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ermittelt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei im Erwerbsbereich praxisgemäss berücksichtigt wird, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit erzielen würde. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Ad dierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (BGE 131 V 51 E. 5.5.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2b und 5c). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Da gegen erhob die Versicherte am 15. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 6. April 2017 sei aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihr ab Januar 2014 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wobei diese zu verpflichten sei, ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen und auch die Fachbereiche Neurologie und Neuropsychologie zu begutachten (S. 2). Dazu legte sie mehrere Berichte auf (Urk. 3/6-11). Am 7. Juni 2017 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 6. April 2017 (Urk. 2) damit, dass

die in den Berichten genannten Diagnosen erst zusammen mit der invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten privaten Situation eine Arbeitsunfähigkeit ergäben. Unter ausreichender Therapie seien sie zudem behandelbar. Am Gutachten werde festgehalten. Von einem Leiden, welches zu einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit führe, könne nicht ausgegangen werden (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden. Aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen hätten anlässlich der Begutachtung auch die Fachbereiche Neurologie und Neuropsychologie abgeklärt werden müssen. Bei der behandelnden Psychiaterin sei nie ein Bericht eingeholt worden, ebenso wenig bei ihrer Hausärztin (S. 7 f.). Das eingeholte Gutachten sei - aus näher dargelegten Gründen - nicht beweiskräftig. Es werde zudem bestritten, dass die ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausschliesslich durch psychosoziale Faktoren verursacht worden sei (S. 8-14).

Gutachter Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH und

Chefarzt der Y.\_\_\_\_ AG, werde als sowohl in fachlicher als auch in persönlicher Hinsicht unqualifizierter Experte

abgelehnt (S. 11 f.). Weitere medizinische Abklärungen seien unerlässlich und es sei eine Neubegutachtung zu veranlassen. Aus den bisherigen Akten gehe eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von 100 % hervor, weshalb sie nach dem bisherigen Abklärungsstand Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 14). 3. 3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 9. Dezember 2013 (Urk. 7/12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1): - Arthralgien Hände beidseits, Differentialdiagnose Insertionstendinopathien - Röntgen Hände beidseits 22. Mai 2013: Minimale PIP Fingerpolyarthrose und Rhizarthrose beidseits, ansonsten altersentsprechend - MR beider Hände vom 31. Mai 2013: altersentsprechend, keine relevanten Arthrosen / Arthritiden - Zervikobrachialgie beidseits - Röntgen Halswirbelsäule 22. Mai 2013: Initial Spondylarthrosen C5/6 und C6/7 beidseits, ansonsten altersentsprechend - Anamnestisch sonographisch normale Schulter- und Ellbogen-Befunde rechts (11/2012) - Anamnestisch neurologische Untersuchung 12/20

## **E. 6**

) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

### **E. 6.3**

.7

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche wenigstens vorübergehend zur Anerkennung einer für eine Rentenzusprache erforderlichen Arbeitsunfähigkeit von über 85 %

(vgl. dazu E. 4. 4

hievore) aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

Es erübrigt sich damit, auf den von den Gutachtern dargelegten Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2013 (E. 5.1

hievore) weiter einzugehen.

### **E. 6.4**

Der massgebliche Beurteilungszeitraum umfasst lediglich die Zeit bis zum verfügungsweisen Abschluss des Verwaltungsverfahrens am 6. April 2017 (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Am 15. Mai 2017 machte die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung geltend, wies auf den Beginn einer stationären Behandlung am 7. Mai 2017 hin und ersuchte um Sistierung des Verfahrens bis zur Gerichtsentscheidung in vorliegender Sache (Urk. 7/85). Der am 23. Juni 2017 im Beschwerdeverfahren eingereichte Austrittsbericht des M.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2017 (Urk. 9 und Urk. 10) ist damit vorliegend nicht zu berücksichtigen, sondern wird von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der bereits erfolgten Neuanmeldung zu prüfen sein.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 .

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Amanda

Guyot - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 9 und Urk. 10 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

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

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

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 12**

ohne Korrelat, Herr Dr. B.\_\_\_\_ - ausgeprägte myofasziale Schmerzen - Epicondylopathia humeri

radialis beidseits - Fibromyalgiesyndrom, Erstmanifestation 08/ 20

## **E. 13**

sämtliche Fibromyalgie Tenderpoints positiv

Dazu hielt er fest, aus rheumatologischer Sicht seien die Einschränkungen geringgradig, massgeblich sei das Fibromyalgiesyndrom wahrscheinlich an

den Symptomen ursächlich beteiligt, weswegen eine psychiatrische Beurteilung indiziert wäre. Eine Arbeitsunfähigkeit sei von ihm weder attestiert noch thematisiert worden. Aus rein rheumatologischer Sicht beständen für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeiten) keine Einschränkungen (S. 2). 3.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem undatierten Bericht (Versanddatum 24. Februar 2014) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Mittelgradige depressive Episode („larvierte Depression“) mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), bestehend seit mindestens 2012

Zudem hielt er folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), schleichend aufgetreten etwa 2011/2012

Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 14. Dezember 2013 in seiner integrierten psychiatrischen Behandlung, dies mit 2-4 Sitzungen monatlich. Vordergründig sei sie vor allem durch das seit einiger Zeit bestehende Schmerzsyndrom eingeschränkt. Die Hauptproblematik liege jedoch eher in einer seit längerem bestehenden schleichenden depressiven Entwicklung, welche auf den ersten Blick schwierig zu entdecken und diagnostizieren sei, gerade auch weil eine deutliche Dissimulationstendenz bestehe. Die Depressivität äussere sich in ausgeprägten Überforderungsgefühlen, im Gefühl der Erschöpftheit, in fehlenden Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Rückzugstendenz, Scham, Schuld und Insuffizienzgefühlen. Mit der Erledigung ihrer persönlichen, administrativen, finanziellen und familiären Angelegenheiten stosse sie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit.

### 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. phil. E.\_\_\_\_, Leitende Psychologin, vom Sanatorium F.\_\_\_\_, wo sich die Beschwerdeführerin vom 25. November bis 19. Dezember 2014 in stationär-psychiatrischer Behandlung befand, führten im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2014 (Urk. 7/33) folgende Hauptdiagnose auf (S. 1) : - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Zudem stellten sie folgende Nebendiagnose (S. 1) : - Fibromyalgie

Dazu hielten sie fest, zu Beginn der Behandlung sei es ihr schwergefallen, die Diagnose Depression anzunehmen, da sie diese mit Eigenschaften wie Faulheit und Schwäche in Verbindung gebracht habe. Die depressiven Symptome wie Antriebslosigkeit, Motivationslosigkeit sowie Freudlosigkeit habe sie zeitlich in Beziehung mit dem Ausbruch ihrer Fibromyalgie gestellt. Seither habe ihr Bewegungsradius kontinuierlich abgenommen und den Sport, den sie vor dem Ausbruch der Fibromyalgie getrieben habe, habe sie schmerzbedingt nicht mehr ausüben können. Die fehlende körperliche Betätigung sowie das Gefühl, auf Hilfe von anderen angewiesen zu sein, hätten bei ihrer depressiven Beschwerden ausgelöst, welche durch den sozialen Rückzug noch verstärkt worden seien. Im Rahmen der Therapie hätten diese aufrechterhaltenden Mechanismen gemeinsam mit der Beschwerdeführerin erarbeitet werden können, was es ihr letztlich möglich gemacht habe, die Diagnose Depression für sich anzunehmen. Sie sei nach vier Wochen in deutlich besserer Grundstimmung ausgetreten (S. 2 f.). 3.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte

am 2. Dezember 2015 aus (Urk. 7/41), die Beschwerdeführerin stehe seit dem 16. April 2015 in ihrer Behandlung. Es bestehe ein das körperliche und psychosoziale Funktionsniveau erheblich beeinträchtigendes komplexes Störungsbild, welches ihr Alltagsleben und ihre Erwerbstätigkeit massiv einschränke beziehungsweise verunmögliche (S. 1). Ein im Zusammenhang mit den kognitiven Beeinträchtigungen durchgeführtes MRI des Schädels inklusive MR-Angiographie habe eine unspezifische posteriore parietale Atrophie ergeben, ansonsten hätten keine Hinweise auf einen Morbus Alzheimer oder eine frontotemporale Demenz bestanden. Bei weiterer Zunahme der kognitiven Symptomatik sei eine Verlaufskontrolle in einem Jahr empfohlen worden. Hinweise für eine vaskuläre Leukenzephalopathie oder einen ischämischen Infarkt hätten nicht bestanden. Therapeutisch werde eine wirksame antidepressive Psychopharmakotherapie durch eine hohe Suszeptibilität für unerwünschte Arzneimittelwirkungen erschwert. Insbesondere aufgrund der hochdosierten zentral wirksamen Schmerztherapie beständen hierbei auch relevante Interaktionen, die eine geeignete Medikation erschweren würden (S. 2). Zur angemessenen Beurteilung des Funktionsniveaus werde eine psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung empfohlen (S. 3). 3.5

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, med. pract. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. Z.\_\_\_\_ von der Y.\_\_\_\_ AG, stellten in ihrem Gutachten vom 2. August 2016 (Urk. 7/59) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41) : - Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (ICD-10 F41.0)

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 41): - Multilokuläres Ganzkörperschmerzsyndrom ohne anatomisch erklärbares Korrelat - Migräne ohne Aura - Anamnestisch Asthma bronchiale mit/bei: - aktuell normaler Lungenfunktionsprüfung - Kontaktanlässe mit Bezug auf die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59) - Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse, Tod der kleinen Schwester, Drogenabhängigkeit der mittleren Schwester (ICD-10 Z61)

Dazu führten sie aus, aus allgemein-medizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen (S. 44 f.).

Bei der rheumatologischen Untersuchung finde sich eine diskrete Fehllhaltung der Brustwirbelsäule mit tiefreichender akzentuierter Brustkyphose und einem leichten Schultertiefstand rechts bei absolut freier Wirbelsäulenbeweglichkeit. Diese Befunde würden die praktisch ubiquitären Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht erklären. Im Dezember 2015 habe sie vermutlich ein Lumboischialgiesyndrom durchgemacht, wobei heute als Restbefund noch ein leichtes Taubheitsgefühl am lateralen rechten Fuß bestehe, welches sie aber funktionell nicht einschränke. Die Gelenke würden sich durchwegs frei und schmerzlos bewegen und keinerlei Defizite zeigen. Die ubiquitären Schmerzen periartikulär an den Gelenken, aber auch im Bereiche der Muskulatur und der brennende Schmerz der Haut und der Kopfhaut seien Ausdruck eines Ganzkörperschmerzsyndroms ohne eigentliches anatomisches Korrelat. Ausgeschlossen sei ein entzündlich rheumatisches Geschehen, eine beginnende Kollagenose, aber auch eine Myopathie. Dem entsprechend sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe aus rein rheumatologischer Sicht bei fehlenden Defiziten im Bereiche der Gelenke und der Wirbelsäule sowie der Muskulatur 100%ig arbeitsfähig (S. 45).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration hätten sich keine der Basissymptome einer depressiven Episode gefunden. Die Beschwerdeführerin

berichte nur über eine schmerzbedingte Antriebsverminderung und eine erhöhte Tagesmüdigkeit, was allerdings aufgrund der massiven Schlafstörung (Angst vor dem Einschlafen) nicht weiter verwunderlich sei. Leichtere depressive Verstimmungen und Ängste kämen sowohl bei der „somatoformen Schmerzstörung“ als auch bei der „Neurasthenie“ vor. Bei einer Neurasthenie könne auch der Schlaf gestört sein. Ebenso kämen Freudlosigkeit und abnehmendes körperliches Wohlbefinden sowie muskuläre und andere Schmerzen vor. Sie schildere die typischerweise bei einer „Panikattacke“ auftretenden Symptome wie wiederkehrende Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken würden, die halb nicht vorhersehbar seien und etwa einmal wöchentlich aufträten. Bei den generalisierten Ganzkörperschmerzen handle es sich um einen Weichteilschmerz, der sich wie „Brennenseln“ anfühle. Insgesamt fühle sie sich in ihrer Haut sehr unwohl. Dies habe im Verlauf dazu geführt, dass sie zu Hause immer weniger ihren Haushaltstätigkeiten nachgehen könne und sich inzwischen hilflos, wertlos und nutzlos wie ein Pflegefall fühle. Sie habe ehemals Sport getrieben, traue sich nunmehr aber kaum noch vor die Tür und überlasse auch die Spaziergänge mit dem Hund dem Ehemann oder der Tochter. Ihren Haushalt könne sie jedoch mit Pausen erledigen, sie könne die Wohnung putzen, allabendlich eine warme Mahlzeit zubereiten und aktuell sogar für den Ehemann Diät kochen, da dieser sich kürzlich einer Gallenblasenoperation

habe unterziehen müssen .

Sie sei auch im stande Auto zu fahren , habe aber Mühe, sich in fremder Umgebung zu orientieren. Der innerpsychische Konflikt, welcher der „somatoformen Schmerzstörung“ zugrunde liege , sei möglicherweise in unverarbeiteten Verlusterlebnissen begründet (früher Tod der kleinen Schwester, Abhandenkommen der noch lebenden an deren Schwester infolge schwerer Drogenabhängigkeit, Trennung vom jahrelang durch sie betreuten Sohn der Schwester). Diesen für sie traumatisierenden Erfahrungen habe sie jahrelang unter stetiger Aktivität, auch in sportlicher Hinsicht, und vielfältigen Lebensaufgaben wie auch freudiger Arbeitstätigkeit entkommen können . So habe sie entsprechende Gefühle gar nicht wahr genommen , sodass sich schliesslich bei „relativer Ruhe“ ein generalisiertes Schmerzsyndrom entwickelt habe , für das keine somatische Grundlage habe gefunden werden können . Die einzelnen Diagnosen würden für sich genommen nicht zu einer psychiatrisch begründbaren Arbeitsunfähigkeit führen . Das Zusammenspiel führe jedoch auf dem Boden der biografisch bedingten Verlusterlebnisse (psychosoziale Faktoren) ohne psychosomatisch fundierte (zunächst stationäre) und suffiziente Behandlung ausser einer psychiatrischen Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % . Nach einer entsprechenden ausreichend intensiven und lang andauernden Behandlung sei davon auszugehen, dass wieder eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne (S. 45-47).

Retrospektiv sei die Beschwerdeführerin seit Beginn ihrer Krankenschreibung im Dezember 2013 bis zur Aufnahme der regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. G.\_\_\_\_ am 16. April 2015

### **E. 015**

mehrheitlich zu 100 % arbeitsunfähig gewesen . Spätestens ab Oktober 2015 (also sechs Monate nach Behandlungsbeginn) hätte dank der Psychotherapie, welche laut der Beschwerdeführerin subjektiv auch wirksam gewesen sei, wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit hergestellt worden sein müssen. Aufgrund der aktuellen Symptomatik könne heute noch von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, welche sich unter Therapie wohl weiter steigern lasse .

Zu letzt sei sie in einem Café in einem 40 % -Pensum tätig gewesen . Bezogen auf ein Vollzeitpensum sei ihr diese Tätigkeit aus interdisziplinärer Sicht zu 70 % zumutbar. Die Haushaltsabklärung von Oktober 2014 habe eine Einschränkung im Haushaltsbereich von ebenfalls knapp 30 % (28,5 % ) ergeben . Dies sei aufgrund der aktuellen Befunde immer noch nachvollziehbar und plausibel. Auch in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit sei sie medizinisch-theoretisch zu 70 % arbeitsfähig (S. 47 f.). 3.6

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 27. April 2017 ( Urk. 3/7) folgende Diagnosen auf: - Status nach unklarer prolongierter Episode mit Amnesie/Verwirrtheitsperiode Mitte Februar 2017 - aktuell keine sicheren Anhaltspunkte für eine zugrundeliegende organisch-neurologische Ursache - leichtgradige kognitive Defizite (vermehrte Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen) - am ehesten im Rahmen einer depressiven Stimmungslage

Dazu hielt er fest, für die aktuell beklagten leichtgradigen kognitiven Defizite ergäben sich keine Hinweise auf eine zugrundeliegende organisch-neurologische Ursache. Auch die

prolongierte Episode mit Amnesie (Blackout) bleibe ätiologisch unklar. Aktuell ergäben sich keine Hinweise auf ein zugrundeliegendes epileptisches Geschehen. Bei der EEG-Untersuchung zeige sich eine normale Grundaktivität, zusätzlich eine unspezifische (bifrontotemporal -betonte) Funktionsstörung ohne Nachweis epilepsieverdächtiger Potentiale. In der klinisch-neurologischen Untersuchung fänden sich keine Auffälligkeiten. Auch bei der neuropsychologischen Exploration ergäben sich keine Hinweise auf eine relevante Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen. Die beklagten kognitiven Defizite seien am ehesten im Rahmen der bekannten Depression (depressive Stimmungslage) zu interpretieren. Bei der aktuellen MRI-Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf eine neurodegenerative Erkrankung, insbesondere nicht auf einen Morbus Alzheimer oder eine frontotemporale Demenz. Von neurologischer Seite bestehe derzeit kein dringender weiterer Abklärungsbedarf. Sollten sich allerdings ähnliche Episoden (Amnesie, Verwirrtheit) wiederholen, müsse erneut ein epileptisches Geschehen ausgeschlossen werden. 4. 4. 1

In Bezug auf die Qualifikation der Beschwerdeführerin ging die Beschwerdegegnerin von einer 32%igen Erwerbstätigkeit sowie einer 68%igen Tätigkeit im Aufgabebereich aus. Die Beschwerdeführerin machte hingegen eine 100%ige Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall geltend (Urk. 1 S. 10). 4.2

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

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

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4). 4.3

Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 10. Oktober 2014 (Urk. 7/26) gab die Beschwerdeführerin zu Protokoll, bei guter Gesundheit würde sie einer 80-100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen (S. 4). Dazu ist jedoch festzuhalten, dass sie seit ihrer Einreise in die Schweiz im August 2006 nie in einem solchen Pensum erwerbstätig war (vgl. Urk.

7/7). Ab Mai 2011 arbeitete sie mit einem knapp 32 %-Pensum im Café J.\_\_\_\_ ( Urk. 7/8), zu diesem Zeitpunkt war ihre Gesundheit noch nicht beeinträchtigt. Dass sie eine zusätzliche Teilzeitstelle oder eine andere Arbeit mit einem höheren Pensum gesucht hätte, wurde von ihr weder belegt, noch vermochte sie weitere diesbezügliche Angaben zu machen. Vielmehr gab ihr ehemaliger Arbeitgeber auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin hin an, sie habe nie ein Interesse gezeigt, mehr Arbeiten/Stunden zu übernehmen oder ihr Tätigkeitsfeld auszuweiten, auch nicht, als ihr dies offeriert worden sei. Die Möglichkeit, Überstunden zu machen, habe sie nicht wahrgenommen und auch nie kommuniziert, dass sie beispielsweise aus finanziellen Gründen mehr würde arbeiten wollen ( Urk. 7/26/5). Ihre beiden Töchter waren bei Aufnahme der Tätigkeit im Café J.\_\_\_\_

#### **E. 17**

und 20 Jahre alt , eine Unterstützungsbedürftigkeit , welche gegen eine höhere als die 32 %ige Erwerbstätigkeit gesprochen hätte, be stand damit seit Längerem nicht mehr. Dennoch hat die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum nicht erhöht. Sie ist seit 1990 verheiratet, ihr Ehemann erzielt ein Einkommen von Fr. 5'787.60 (Urk. 7/26/4 und Urk. 7/1/1). Anlässlich der Begutachtung gab sie an, um keine finanziellen Sorgen zu haben, würden sie eigentlich die zuvor verdienten Fr. 1'200.-- brauchen (Urk. 7/58 S. 33), vom Erfordernis eines höheren Einkommens und damit einhergehend der Notwendigkeit eines höheren Arbeitspensums war nicht die Rede.

Die behauptete 100%ige Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall ist zusammengefasst nicht nachvollziehbar. Vielmehr legen die Summe der einzelnen Aspekte der er werblichen Umstände der Beschwerdeführerin nahe, dass sie bei intakter Gesundheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit im Umfang von 32 % nachgegangen wäre. Ausschlaggebend ist ihre Erwerbsbiografie, gemäss welcher sie bei Ausbruch der gesundheitlichen Beschwerden bereits während mehreren Jahren aus nicht medizinischen Gründen nicht oder lediglich in einem tiefen Teilzeitpensum erwerbstätig war. Sie ist somit als zu 32 % erwerbs- und zu 68 % im Haushalt tätig zu qualifizieren. Die 28.5%ige Einschränkung im Aufgabenbereich (vgl. Urk. 7/26/9) ist ausgewiesen und nicht bestritten. 4.4

Bei einer Gewichtung des Aufgabenbereichs zu 68 % und einer dabei bestehenden Einschränkung von 28.5 % ergibt sich ein diesbezüglicher Teilinvaliditätsgrad von 19.38 % . Damit die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hätte, wäre im Erwerbsbereich ein Teilinvaliditätsgrad von mindestens 20.12 % (39.5-19.38) erforderlich beziehungsweise bei einer Gewichtung zu 32 %

eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 11.88 % (  $0.32 \times [100 - \{20.12/0.32\}]$  ) in der angestammten Tätigkeit (vgl. bis 31. Dezember 2017 gültige Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode

E. 1.3 hievore) . Dies gilt es nachfolgend zu prüfen. 5. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Y.\_\_\_\_ AG vom 2. August 2016 (E. 3.5 hievore) beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorak ten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der

Beschwerdeführerin auseinander. Sie zeigten auf, dass

sie aus allgemeininternistischer Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und - bei fehlenden Defiziten im Bereiche der Gelenke, der Wirbelsäule sowie der Muskulatur - auch aus rheumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Sie wiesen auf ein im Dezember 2015 durchgemachtes Lumboischialgiesyndrom hin, welches die Beschwerdeführerin aber funktionell nicht einschränke, und schlossen ein entzündlich rheumatisches Geschehen, eine beginnende Kollagenose oder eine Myopathie aus. Die Gutachter verneinten eine Depression und legten dar, dass eine leichtere depressive Verstimmung und Ängste auch bei einer somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer Neurasthenie vorkämen, ebenso Freudlosigkeit, abnehmendes körperliches Wohlbefinden sowie muskuläre und andere Schmerzen. Sie hielten unverarbeitete Verlusterlebnisse fest, welche der somatoformen Schmerzstörung zugrunde lägen, und führten aus, dass diese zusammen mit den weiteren psychiatrischen Diagnosen zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Die Gutachter gelangten so dann zum ausführlich begründeten Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist, aus psychiatrischer Sicht hingegen von Dezember 2013 bis April 2015 eine 100%ige, anschliessend bis Oktober 2015 eine 50%ige und seit August 2016 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestand.

Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hievore). 5.2 5.2.1

Die Beschwerdeführerin kritisierte das Gutachten in verschiedener Hinsicht. Dazu ist in Bezug auf ihre Ablehnung von Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 11 f.) vorab festzuhalten, dass sich das Bundesgericht bereits mehrmals mit der Frage der Befangenheit von Dr. Z.\_\_\_\_

zu befassen hatte. Im Entscheid 9C\_970/2012 vom 23. April 2013 E. 4.3.2 erwog es, das Dr. Z.\_\_\_\_

zur Last gelegte Verhalten betreffende Begutachtung, die 2007 stattgefunden habe, somit fast fünf Jahre zurückliege und überdies eine andere versicherte Person betreffe. Selbst wenn Dr. Z.\_\_\_\_

einmal Jahre zuvor entgegen seinen Angaben im Hauptgutachten seine Gesamtbeurteilung ohne vorherige Rücksprache und ausdrückliches Einverständnis mit einem Teilgutachter, der keine pathologischen Befunde erhoben habe, vorgenommen haben sollte, vermöge dies nicht rund fünf Jahre später noch objektiv den Anschein von Befangenheit zu wecken. Für diese Annahme bedürfe es vielmehr anderer, die konkrete Begutachtung betreffende Umstände. Solche sind vorliegend aber weder in fachlicher noch in persönlicher Hinsicht ausgewiesen. Dass die Gutachter abwertend über die Beschwerdeführerin gesprochen hätten (Urk. 1 S. 5), lässt sich dem Gutachten ebenso wenig entnehmen wie Hinweise auf eine sonst irgendwie geartete Voreingenommenheit. Vielmehr erweist sich das Gutachten und insbesondere die Wiedergabe der Ausführungen der Beschwerdeführerin als objektiv und auch respektvoll abgefasst. Hinweise darauf, dass das Gutachten unsorgfältig und nicht leger erstellt worden wäre, ergeben sich keine. Von einer diesbezüglichen Befragung der Beschwerdeführerin - wie von ihr beantragt (Urk. 1 S. 5) - sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. 5.2.2

Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt. So hätten die Gutachtern unter anderem die Unterlagen bezüglich des im November 2015 erlittenen Lumbovertebralsyndroms nicht vorgelegt (Urk. 1 S. 9). Entgegen ihren Ausführungen wurde dieses von den Gutachtern jedoch berücksichtigt. Dr. H.\_\_\_\_ führte diesbezüglich aus, es bestehe als Restbefund noch ein leichtes Taubheitsgefühl am lateralen rechten Fuss, welches sie aber funktionell nicht einschränke (E. 3.5 hievore). Den Gutachtern lagen zudem die aktuellen radiologischen Befunde der Hals-, Lenden- und Brustwirbelsäule sowie der rechten Schulter vom 30. März 2016 vor (vgl. Urk. 7/58 S. 24) und es ist nicht ersichtlich, welche zusätzlichen Erkenntnisse sie aus dem Bericht der SOS-Ärzte vom 18. November 2015 (Urk. 7/72/3) sowie der Physiotherapieverordnung vom 18. Januar 2016 (Urk. 7/72/4 f.) hätten gewinnen können. Weiter hätte n

gemäss der Beschwerdeführerin bei der behandelnden Psychiaterin ein Standard- sowie ein Verlaufsbericht eingeholt werden müssen (Urk. 1 S. 8). Dr. G.\_\_\_\_ äusserte sich jedoch mit Bericht vom 2. Dezember 2015 (E. 3.4 hievore) umfassend zu m

Gesundheitszustand und erachtete eine Erwerbstätigkeit als nicht möglich. Auf das Einholen eines Formular- oder Verlaufsberichtes konnte damit verzichtet werden. Dass Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht keine Diagnosen aufführte, ändert daran nichts, kommt es doch invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose an, sondern vor allem darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Dies gilt auch in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin kritisierte Diagnosestellung im Gutachten (vgl. Urk. 1 S. 12 f.). Entgegen ihren Vorbringen (vgl. Urk. 1 S. 13) ging Gutachterin med. pract. I.\_\_\_\_ zudem nicht von einer durchgehend 70%igen Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht aus, sondern erachtete diese als von Dezember 2013 bis April 2015 zu 100 %, anschliessend bis im Oktober 2015 zu 50 % und seit der Begutachtung im August 2016 zu 30 % eingeschränkt (E. 5.1 hievore). Es ist somit auch nicht zu beanstanden, dass sie auf die - während der 100%igen Arbeitsunfähigkeitsphase erfolgte - stationäre Behandlung im Sanatorium F.\_\_\_\_ (E. 3.3

hievore) im November/Dezember 2014 nicht weiter einging. Dasselbe gilt für die Behandlung in der K.\_\_\_\_ im August 2014, welche die Beschwerdeführerin ohnehin nach dem Eintrittsgespräch wieder abgebrochen hatte (vgl. Urk. 7/72/9). Inwiefern ein Bericht der Hausärztin (vgl. Urk. 1 S. 8) etwas am Gutachten geändert hätte, wurde von der Beschwerdeführerin nicht ausgeführt. Eine Verletzung der Abklärungspflicht ist nach dem Gesagten nicht auszumachen. 5.2.3

Gemäss dem behandelnden Neurologen Dr. B.\_\_\_\_ hätten sich bei der klinisch-neurologischen Untersuchung keine Auffälligkeiten gefunden, ebenso wenig Hinweise auf eine relevante Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen bei der neuropsychologischen Exploration beziehungsweise auf eine neurodegenerative Erkrankung bei der aktuellen MRI-Untersuchung. Aus neurologischer Sicht erachtete er weitere Abklärungen als nicht erforderlich (E. 3.6

hievore). Weshalb in Anbetracht dieser Umstände eine zusätzliche neurologische sowie neuropsychiatrische Begutachtung erforderlich gewesen wäre (vgl. Urk. 1 S. 7 f.), ist damit nicht ersichtlich, zumal bereits zuvor auch die behandelnde Psychiaterin keine ausgeprägten kognitiven Symptome beobachten konnte (Urk. 3/8/3). 5.2.4

Die Beschwerdeführerin machte verschiedene Fehler in den biografischen Angaben geltend ( Urk. 1 S. 8 f.), doch sind diese einerseits für die Einschätzung der Gutachter nicht ausschlaggebend und ist andererseits nicht ersichtlich, inwiefern ihre Berichtigungen an dieser etwas geändert hätten. Auf psychosoziale Faktoren wies bereits der behandelnde Dr. C.\_\_\_\_ hin (vgl. Urk. 7/65/5 mit Hinweis auf Urk. 7/ 21) und

die Gutachter erachteten eine vorübergehend 100-50%ige und weiterhin 30%ige Arbeitsunfähigkeit dennoch als ausgewiesen. Es kann somit keine Rede davon sein, dass die Gutachter teilweise bewusst unwahre Angaben gemacht hätten, um ihre Einschränkungen in der Alltagsgestaltung zu verharmlosen oder die biografischen Angaben zu ihren Ungunsten zu verdrehen ( Urk. 1 S. 10 f.). 5.3

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen damit nichts an der Beweiskraft des Gutachtens zu ändern. Auf dieses ist vielmehr abzustellen und auf die beantragte Neubegutachtung ( Urk. 1 S. 2) zu verzichten. Zu prüfen bleibt je doch die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen von 0 % von Dezember 2013 bis April 2015 mit anschließender Steigerung auf 50 % bis Oktober 2015 und weiterer Steigerung auf 70 % bis August 2016. 6. 6. 1

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto

ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des

Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6). 6. 2. 6. 2. 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 je dem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 6. 2. 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 Gesundheitsschädigung 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 gesamthafter vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018

E. 4.2.1).

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

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 vergleichbaren 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). 6.3

6.3.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Ausschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychiatrischen Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung jedoch zu kurz. Fehlt in der Diagnose die Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Die Beschwerdeführer in *leidet* gemäss

den Gutachtern sowie ihrer behandelnden Psychiaterin an verschiedenen psychischen Störungen. Es liegen aber auch gewichtige psychosoziale Belastungsfaktoren (vorübergehende Krebserkrankung Ehemann, Drogensucht Schwester, finanzielle Probleme)

vor, welche rechtlich keine Invalidität zu begründen mögen. In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit als höchstens mittelgradig ausgeprägt.

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