

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00744 vom 14. August 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00744](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00744)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00744 du 14 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00744 del 14 agosto 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den 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 Ein gliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind aus schliesslich 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.

### **E. 1.3**

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.

## **E. 2**

Es sei eine Ergänzung des Gutachtens einzuholen, um die Einschränkung der Beschwerdeführerin in der Haushaltsführung zu bestimmen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, ihr Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin ihre psychiatrischen Behandlungsoptionen nicht wahrgenommen habe. Eine schwere depressive Störung liege nicht vor, was auch der Umstand zeige, dass die Beschwerdeführerin eine regelmässige Berufstätigkeit aufgenommen habe. Ebenso seien die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nicht erfüllt. Aus rechtlicher Sicht sei eine invalidisierende Gesundheitsstörung bei der Beschwerdeführerin zu verneinen (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin geltend machen, sie sei durch das Erlebnis der «Stürmung» ihrer Wohnung und des Angriffs auf ihren Ehemann derart schockiert gewesen, dass sie in der Folge psychisch schwer erkrankt sei. Ab dieser Straftat habe sie nicht mehr arbeiten können und die Haushaltsführung habe grösstenteils durch ihren Ehemann und ihre Mutter übernommen werden müssen. Die Beschwerdeführerin sei bis im Februar 2015 regelmässig in psychotherapeutischer Behandlung gewesen, es sei jedoch kaum eine Besserung eingetreten und es habe eine Chronifizierung des Zustands festgestellt werden müssen. Dementsprechend habe die Beschwerdeführerin die Psychotherapie auf zwei bis drei Besuche pro Jahr reduziert. Sie nehme auch das Medikament Temesta ein, wofür sie von ihrer Psychiaterin jeweils ein Halbjahresrezept erhalte. Im Jahr 2015 habe die Beschwerdeführerin eine berufliche Tätigkeit aufnehmen können. Sie arbeite für rund sieben Stunden pro Woche als Reinigungskraft, wobei die Arbeit durchführbar sei, weil sie keinen Kontakt mit anderen Personen habe. Ihre Sozialkontakte seien auf ihre Familie und auf eine Freundin beschränkt. Die Beschwerdegegnerin verneine den Rentenanspruch entgegen der Beurteilung der medizinischen Gutachter, was willkürlich sei. Sie sei offenbar nicht willens, das Vorliegen einer Invalidität bei der Beschwerdeführerin überhaupt in Betracht zu ziehen (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Gemäss dem Arztbericht des Hausarztes Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 8/19) besteht bei der Beschwerdeführerin eine Depression seit dem 14. September 2009, welche auf den tätlichen Übergriff auf ihren Ehemann vom 13. September 2009 zurückzuführen sei. Die Beschwerdeführerin weine während der ganzen Konsultation, berichte von Ängsten und Schlaflosigkeit. Sie werde psychiatrisch durch Dr. B.\_\_\_\_ behandelt und nehme Medikamente ein. Weil die Schläger im gleichen Haus wohnten, hätten sie den Wohnort wechseln müssen. Auch die Kinder seien stark verändert. Die Beschwerdeführerin habe das Gefühl, man habe ihr alles zerstört, und sehe keine Zukunftsperspektiven mehr. Der Haushalt werde zum Teil von ihr und von den Eltern und zum Teil vom Ehemann erledigt. Ein Arbeitsversuch sei gescheitert. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 14. September 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Haushaltsarbeiten könne sie nur reduziert vollbringen. 3.2

Laut dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. November 2010 (Urk. 8/22/3-17) liegt bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) vor. Ihre Arbeitsfähigkeit werde durch Denkblockaden, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Antriebsarmut, Ermüdbarkeit, passives

Verhalten, innere Unruhe, Anspannung, Versagenserleben und Ängste beeinträchtigt. Sowohl in der angestammten wie auch in sämtlichen Verweisungstätigkeiten betrage die Arbeitsunfähigkeit aktuell 100 %. Die Prognose sei nicht schlecht, da posttraumatische Belastungsstörungen in der Regel auch unbehandelt degressiv verlaufen würden, wenn nicht andere Faktoren, welche bei der Beschwerdeführerin eventuell vorlägen, der Genesung im Wege stehen würden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit könne nur ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt zu einer Besserung des Zustandes führen, da dann einige den Verlauf ungünstig beeinflussende Faktoren wie die übertriebene Rücksichtnahme und Fürsorglichkeit ihrer näheren Umgebung wegfallen würden und die Beschwerdeführerin in eine Tagesstruktur eingebunden wäre und intensiv behandelt werden könnte. Nach einer solchen Behandlung sei durchaus wieder mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. 3.3

Gemäss dem Bericht der Psychiaterin Dr. B. \_\_\_ vom 20. Dezember 2010 (Urk. 8/24) besteht bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bei Verdacht auf ängstliche Persönlichkeit. Die Beschwerdeführerin leide unter Ängsten und Flashbacks in Folge des Ereignisses vom 13. September 2009. Sie könne das Haus fast nicht mehr verlassen und nicht zu einer Arbeit gehen. Die Beschwerdeführerin sei vom 13. September bis zum 9. November 2009 zu 100 %, vom 10. November 2009 bis zum 31. März 2010 zu 50 % und ab dem 1. April 2010 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei viel schlechter als erwartet, es komme immer wieder zu Rückfällen, die Ängste und Flashbacks nähmen zu. Die Beschwerdeführerin habe Angst vor Rache. Es sei sobald als möglich eine stationäre Behandlung durchzuführen. 3.4

Laut dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D. \_\_\_ vom 17. März 2011 (Urk. 8/30) besteht bei der Beschwerdeführerin eine schwere, chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit komorbid schwerer depressiver Episode (ICD-10 F32.2), Agora- und Soziophobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01/F40.1), somatoformer Schmerzkomponente (ICD-10 F45.4) sowie low

dose Benzodiazepinabusus (ICD-10 F13.25). Die akute Symptomatik liege seit dem Trauma vom September 2009 vor. Die schwere psychiatrische Störung führe seit dem 13. September 2009 zu einer gesicherten vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft, lediglich unterbrochen durch eine attestierte (aber wohl nicht umgesetzte) Arbeitsfähigkeit von 50 % vom 10. November 2009 bis zum 31. März 2010. Generell müsse aufgrund der psychiatrischen Polymorbidität für Tätigkeiten in der freien Wirtschaft von einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Eine angepasste Tätigkeit könne nicht definiert werden und auch ein geschützter Rahmen könne der Beschwerdeführerin nur in sehr geringem Zeitumfang zugemutet werden. Weder die bisherige zweiwöchentliche Therapiefrequenz noch die psychopharmakologische Behandlung schienen aber adäquat. Es sei eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik angezeigt. Es gelte, den Chronifizierungsprozess zu durchbrechen. Das wohlwollend umsorgende Familiensystem, das sich auch heute noch zentral mit dem traumatischen Ereignis beschäftigt und gleichzeitig die Symptomatik der Beschwerdeführerin durch die Bestätigung ihrer Hilflosigkeit mit Entlastung und grenzenlosem Verständnis unterhalte, dürfte entscheidend zur Chronifizierung beigetragen haben. Zudem werde die depressive Symptomatik durch die tägliche Konfrontation mit den Unzulänglichkeiten im häuslichen Bereich sowohl als Mutter als auch als Ehefrau unterhalten. Die Prognose hänge damit einerseits von einer Intensivierung des psychotherapeutischen Prozesses und der psychopharmakologischen Optimierung,

andererseits aber auch von der Distanzierung von der Familie und damit der dringend notwendigen psychiatrischen Hospitalisierung ab. Für die Beschwerdeführerin sei dieser Schritt allerdings unvorstellbar, da sie fälschlicherweise der Meinung sei, die Familie auf diese Art erst recht im Stich zu lassen (Urk. 8/30). 3.5

Gemäss dem Bericht des E.\_\_\_\_ (Urk. 8/57) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F.43.1) sowie eine Medikamentenabhängigkeit (ICD-10 F13.2) seit September 2009. Die Prognose sei unsicher. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 80 % eingeschränkt. Ab Frühsommer 2012 könne mit der Erhöhung der Einsatzfähigkeit auf 50 % gerechnet werden. 3.6

Im Haushaltabklärungsbericht vom 12. Juni 2012 (Urk. 8/80) wird festgehalten, die Beschwerdeführerin klagt über häufige Kopfschmerzen und Müdigkeit wegen der Medikamente. Sie habe Probleme wegen des damaligen Überfalls, welche sie in der Seele schmerzten. Auch die Tatsache, dass die Arbeitgeberin ihr bereits nach dreimonatiger Arbeitsabstinenz gekündigt habe, sei für die Beschwerdeführerin unglaublich verletzend gewesen. Von den Medikamenten helfe ihr einzig Temesta, die anderen hätten nichts genützt. Ein neues Rezept ihrer Ärztin habe sie nicht eingelöst, wenn sie innerliche Schmerzen habe, esse sie etwas Scharfes wie z.B. eine Peperoncini, was ihr helfe. Einen Klinik aufenthalt könne sie sich nicht vorstellen, da sie nicht von der Familie weg wolle. Der tägliche Besuch der Gesprächstherapie im Oktober und November 2011 sei ihr gar nicht gut bekommen. Es hätten nur alle über ihre schlechten Erfahrungen gesprochen, und es sei ihr dadurch noch schlechter gegangen. Sie gehe jetzt nur noch alle 2-3 Wochen zu Dr. J.\_\_\_\_ und zu Dr. B.\_\_\_\_. Die Beschwerdeführerin schlafe schlecht. Morgens stehe sie auf und schicke die Kinder zur Schule. Danach tue sie nichts. Sie schlafe auch nicht, sondern tue einfach nichts. Ihre Mutter komme jeden Tag um ca. 11.00 Uhr, um den Haushalt zu machen und für die Kinder zu kochen. Der Ehemann gehe morgens sehr früh zur Arbeit und komme entsprechend bereits zwischen 13.00 Uhr und 13.30 Uhr wieder nach Hause. Er kümmere sich dann ebenfalls um Haushalt und Kinder. Die Beschwerdeführerin versuche nachmittags einen Spaziergang zu machen und sie sei auch schon mit der kleinen Tochter zum Spielplatz vor dem Haus gegangen. Die öffentlichen Verkehrsmittel könne sie wegen ihren Ängsten nicht benutzen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, bei guter Gesundheit wäre sie weiterhin zu 50 % erwerbstätig. Sie sei zuhause alleine für alles zuständig gewesen, da ihr Ehemann so viel gearbeitet habe. Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin hielt fest, es sei für sie vor Ort nicht nachvollziehbar gewesen, warum die Beschwerdeführerin keinerlei Arbeiten im Haushalt ausführen könne, da sie körperlich nicht eingeschränkt sei. Sie werde aufgrund ihrer psychischen Probleme von ihrer Umgebung mit grosser Rücksichtnahme und Fürsorglichkeit behandelt und habe keinerlei Verantwortlichkeiten mehr wahrzunehmen. Alle Arbeiten würden ihr abgenommen. Nach Ansicht der Abklärungsperson könnte die Beschwerdeführerin ihren Haushalt zu 100 % erledigen, wenn sich dieses innerfamiliäre System nicht etabliert hätte und gar nicht mehr in Frage gestellt würde. Soweit eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht anerkannt werde, sei von folgenden Zahlen auszugehen: Haushaltführung: Anteil 2 %, Einschränkung 0 %; Ernährung: Anteil 30 %, Einschränkung 50 %; Wohnungspflege: Anteil 15 %, Einschränkung 50 %; Einkauf und weitere Besorgungen: Anteil 10 %, Einschränkung 20 %; Wäsche und Kleiderpflege: Anteil 20 %, Einschränkung 20 %; Betreuung von Kindern und anderen Familienangehörigen: Anteil 20 %, Einschränkung

70 %; Verschiedenes: Anteil 3 %; Einschränkung: 0 %. Gesamthaft ergäbe dies im Haushalt eine Einschränkung von 42,5 %. 3.7.3.7.1

Laut Stellungnahme von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin vom 31. März 2011 (Urk. 8/91/5) erfüllt das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ die relevanten Kriterien, weshalb darauf abgestellt werden könne. Es sei der Beschwerdeführerin aber in Anlehnung an das Gutachten im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht die Auflage zu machen, eine engmaschige psychiatrische Therapie mit Optimierung der Psychopharmakotherapie durchzuführen. Die Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik sei dringend indiziert, liege aber im Ermessensspielraum des behandelnden Psychiaters. 3.7.2

Am 5. Juli 2011 (Urk. 8/91/5) führte RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin könne der Beschwerdeführerin nicht vorschreiben, bei welcher Institution sie die Behandlung durchführe. Es sollte aber sichergestellt werden, dass nach einer achtwöchigen Behandlung im E.\_\_\_\_ die engmaschige Therapie inkl. Medikamenteneinnahme fortgesetzt werde. 3.7.3

Am 13. Februar 2012 (Urk. 8/91/6-7) hielten Dr. K.\_\_\_\_ und RAD-Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Arbeitsmedizin & Allgemeinmedizin, fest, der Arztbericht des E.\_\_\_\_ sei nicht plausibel, und es sei ihm nicht zu entnehmen, in welcher Dosierung die Medikamente verordnet worden seien. Die Schadenminderungspflicht könne erst als erfüllt betrachtet werden, wenn die Auflagen ein Jahr durchgeführt worden seien. Zur Überprüfung der Einhaltung der Schadenminderungspflicht sei deshalb eine weitere psychiatrische Begutachtung durchzuführen. 3.8

Laut dem Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 30. September 2016 (Urk. 7/126/1-6) bestehen bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine Migräne ohne Aura sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Stamm- und Astvarikosis der

Vena

saphena magna nach III links, eine rezidiv-Varikosis

popliteal rechts bei Status nach Crossektomie, Stripping vena

saphena

parva und Phlebektomie Ende 1990, re-Crossektomie

popliteal rechts, Crossektomie, Stripping Vena

saphena magna bis infrageniculär links und Seitenastphlebektomie beidseits. Die Beschwerdeführerin weise aus psychischen Gründen ein sehr geringes Belastungsvermögen auf. Sie könne nicht mit anderen Leuten zusammenarbeiten und müsse unbedingt alleine bleiben, da sie sonst eine Panikattacke bekomme. Die Beschwerdeführerin weise eine verminderte geistige Belastbarkeit und eine starke psychische Leistungsverminderung auf. In welchem Umfang ihr die Ausübung einer Erwerbstätigkeit noch möglich sei, könne vom Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ nicht beantwortet werden. Weitere Auskünfte seien von der behandelnden Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ einzuholen. 3.9

Gemäss dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 29. September 2016 (Urk. 7/127) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine schwere posttraumatische Belastungsstörung seit 2009

(ICD-10 F43.1) sowie eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Sie habe die Beschwerdeführerin letztmals am 4. Februar 2016 und am 8. Juni 2015 gesehen, weshalb keine klaren Aussagen möglich seien. Am 4. Februar 2016 habe die Beschwerdeführerin knapp 3 ½ Stunden als Putzfrau im 1. Arbeitsmarkt gearbeitet. Diese Tätigkeit sei behinderungsangepasst. Die Leistungsfähigkeit sei um ca. 60 bis 70 % vermindert gewesen. Trotz Medikamenten sei die Beschwerdeführerin vollkommen erschöpft gewesen. Eine volle Arbeitsfähigkeit sei wahrscheinlich nicht mehr erreichbar. Am 13. Oktober 2016 (Urk. 7/128) gab Dr. B.\_\_\_\_ in Korrektur ihres Berichtes an, die Beschwerdeführerin habe zwei Mal 4 Stunden pro Woche als Putzfrau gearbeitet.

### 3.10

Laut dem psychiatrischen Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2017 (Urk. 7/134) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, schwere depressive Episode (ICD-10: F33.2). Im Befund zeige sich bei der Beschwerdeführerin ein gedrückter Affekt mit einer passiv-gekränkten, teilweise misstrauischen Grundhaltung. Es gebe keine Schwingungsfähigkeit zum positiven Pol, einmalig habe die Beschwerdeführerin bei einem emotional belastenden Thema geweint. Antrieb, Gestik und Psychomotorik seien vermindert. Eigenanamnestisch bestünden Ein- und Durchschlafstörungen und ein Morgentief, deutliche Antriebsminderung tagsüber, eine Grübelneigung sowie eine Freudlosigkeit. Suizidgedanken würden verneint, eigenanamnestisch bestehe ein vollständiger sozialer Rückzug. Die Beschwerdeführerin gebe auf Nachfrage Intrusionen und Flashbacks sowie Vermeidungsverhalten an, kein Hyperarousal. Im Gegensatz zur Begutachtung bei Dr. D.\_\_\_\_ im März 2013 berichte die Beschwerdeführerin über vermehrte Aktivitäten, so gehe sie zwei Mal pro Woche auswärts einer Arbeit nach. Sie fahre auch ihre Kinder zum Arzt, mache den Haushalt, koche und sei auch mit ihrem Mann in den Kosovo in den Urlaub gefahren. Für eine Schmerzstörung bestünden keine Anhaltspunkte, Schmerzen seien von der Beschwerdeführerin nicht thematisiert worden, es lägen keine Berichte vor, dass sie wegen Schmerzen das medizinische System in Anspruch genommen hätte und sie nehme auch keine Schmerzmittel ein. Ein Low-Dose-Benzodiazepinabusus könne nicht ausgeschlossen werden, eine Abhängigkeit sei aber unwahrscheinlich, zumal der Spiegel des Beruhigungsmittels Lorazepam (Temesta) unter der Nachweisgrenze gewesen sei. Die Angabe der Beschwerdeführerin, dass sie mehrmals pro Tag Temesta einnehme, stimme mit dem Laborbefund nicht überein. Es gebe auch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung, die Beschwerdeführerin habe die Schule absolviert, erfolgreich eine Ausbildung abgeschlossen, aufgrund einer Hauterkrankung den Beruf gewechselt und gearbeitet. Sie habe geheiratet und drei Kinder bekommen. Auffällig sei die sehr niedrige Therapieintensität bzw. die faktisch völlig fehlende Therapie. An invaliditätsfremden Faktoren bestünden eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bzw. eine seit Jahren bestehende geringfügige Berufstätigkeit. Über weitere invaliditätsfremden Faktoren könne mangels Angaben der Beschwerdeführerin keine Aussage gemacht werden. Für Aggravation gebe es keine sicheren Hinweise, ebenso für ein Suchtleiden. An persönlichen Ressourcen bestünden ein stabiles familiäres Umfeld mit funktionierender Ehe und Familie. Ausserdem verfüge die Beschwerdeführerin über eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie über Berufserfahrung. Die posttraumatische Belastungsstörung und die depressive Störung würden sich gegenseitig negativ verstärken. An verbleibenden Therapieoptionen bestehe zunächst die Möglichkeit einer regelmässigen

psychotherapeutischen Behandlung und einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie. Sodann bestehe die Möglichkeit einer tagesklinischen und schliesslich einer vollstationären Behandlung. Es bestehe bei der Beschwerdeführerin dahingehend eine Diskrepanz, dass sie einen sehr schlechten psychischen Zustand und hohen Leidensdruck beschreibe, jedoch keine Therapie wahrnehme. In der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aufgrund der schweren depressiven Antriebsminderung sowie der mit der posttraumatischen Belastungsstörung verbundenen Intrusionen und Flashbacks. Die Beschwerdeführerin könne deshalb eine Arbeit, welche regelmässige Kundenkontakt und gute sozialkommunikative Fähigkeiten erfordere, nicht mehr leisten. In ihrer jetzigen Tätigkeit als Putzfrau bestehe eine Restleistungsfähigkeit von 15 Stunden pro Woche, d.h. bezogen auf eine Vollzeitstelle von 37,5 % . Im zeitlichen Verlauf sei eine Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit von 20 % ab Anfang 2016 und von 50 % ab Anfang 2017 plausibel. 3 .11

Gemäss der Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Februar

2017 (Urk. 7/135/3-5) liegt bei der Beschwerdeführerin ein Gesundheitsschaden vor, der die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich seit 2009 verunmöglicht. In einer angestammten (vermutlich gemeint: angepassten) Tätigkeit liege ab Anfang 2017 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor. Das psychiatrische Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ erfülle die Anforderungen und es werde empfohlen auf dessen Beurteilungen abzustellen. 4 . 4 .1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E.

1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorkenntnisse und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag in formaler Hinsicht zu überzeugen 4 .2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rentenbegünstigenden 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). 4 .3

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 zuun gunsten der rentenansprechenden Person auswirkt ( BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6 ). 4 .4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

81) 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). 4.5

Hinsichtlich des Komplexes Gesundheitsschädigung ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin laut Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, schwere depressive Episode vorliegt. Wie das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich bereits im Urteil vom 28. November 2014 (Urk. 7/118/11 E. 3.2) festgehalten hat, steht vorliegend in Frage, ob bei der Beschwerdeführerin ein traumatisches Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist, welches die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung überhaupt erst rechtfertigt. Die Beschwerdeführerin ist beim Angriff auf ihren Ehemann völlig unbehelligt geblieben und sie konnte ungehindert die Polizei anrufen. Der Angriff richtete sich zwar gegen ihren Ehemann und somit gegen eine der Beschwerdeführerin zweifellos sehr nahestehende Person, er wies aber keine aussergewöhnliche Schwere auf, zog sich der Ehemann doch keine bleibenden körperlichen Schäden zu und es bestand auch keine Lebensgefahr. Eine gewisse Schwere kommt dem Angriff vor allem deshalb zu, weil er in der Wohnung der Beschwerdeführerin stattgefunden hat und somit an jenem Ort, welcher einem üblicherweise das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit verleiht und wo man am wenigsten mit einem solchen Angriff rechnet, zumal am frühen Abend um 17.30 Uhr. Ausserdem ist der Angriff durch einen Nachbarn erfolgt, welcher sich aufgrund einer absoluten Lappalie veranlassen sah, Rache gegen den Ehemann der Beschwerdeführerin auszuüben. Nach dem Gesagten sprechen einige Anhaltspunkte dafür, dass an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, gewisse Zweifel angebracht sind. Es sind jedenfalls Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass es der posttraumatischen Belastungsstörung an der erforderlichen Schwere fehlt, um damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechtfertigen.

Zum Indikator „Behandlungserfolg und -resistenz“ ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin faktisch keine psychotherapeutische Behandlung mehr in Anspruch nimmt. Es ist auch die von den Ärzten empfohlene stationäre Behandlung nicht durchgeführt worden. An Medikamenten nimmt die Beschwerdeführerin Temesta

und bei Bedarf Frovatriptan gegen Kopfschmerzen ein, der Medikamentenspiegel zeigt aber auf, dass sie dies nur höchst unregelmässig tut. Die von der behandelnden Psychiaterin vorgeschlagene Einnahme von Antidepressiva hat die Beschwerdeführerin abgelehnt. Von einem therapieresistenten Leiden ist unter diesen Umständen nicht zu sprechen.

An wesentlichen somatischen Begleiterkrankungen, welche ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, leidet die Beschwerdeführerin nicht. Es sind keine massgeblichen Komorbiditäten ersichtlich. 4.6

Zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten von Dr. I. \_\_\_ keine Persönlichkeitsstörung besteht. Die Beschwerdeführerin wohnt mit ihrem Ehemann und ihren Kindern zusammen und verfügt über ein intaktes Familienleben. Auch zu ihren Eltern scheint sie ein gutes Verhältnis zu haben und ihre Mutter unterstützt sie bei der Führung des Haushaltes und der Betreuung der Kinder. Die Beschwerdeführerin hat wieder eine Teilerwerbstätigkeit aufgenommen und kann selber mit dem Auto zum Arbeitsort fahren. Damit sind weder limitierende Persönlichkeitsmerkmale noch ein ausgeprägter sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Die Ressourcen der Beschwerdeführerin liegen sodann auch gemäss den Untersuchungsbefunden weitgehend im Normbereich, die Beschwerdeführerin erschien wach, bewusst seinsklar, zu allen Qualitäten voll orientiert, in der Auffassung unauffällig und der Konzentration ungestört. Es waren keine Hinweise auf Störungen der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses zu erkennen. Auffälligkeiten in den Angaben der Beschwerdeführerin waren einzig darin zu erkennen, dass sie Fragen häufig mit „weiss ich nicht“ beantwortete und sich im formalen Denken auf den Überfall im Jahre 2009 eingengt zeigte (Urk. 7/123/18). 4.7

In der Kategorie „Konsistenz“ ist bezüglich des Indikators „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ festzustellen, dass die Beschwerdeführerin zwar nicht dasselbe Aktivitätsniveau erreicht wie vor dem Zwischenfall im Jahr 2009. Sie geht aber wieder in geringerem Umfang an zwei halben Tagen einer Erwerbstätigkeit nach und sie verfügt auch über eine aktive Tagesgestaltung, führt den Haushalt und beschäftigt sich mit den Kindern. Sodann hat sie Ferien bei der Familie ihres Ehemannes im Kosovo verbracht, wobei es ihr dort allerdings nicht gefallen hat (Urk. 7/134/12-14). Ansonsten lässt sich über das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin nicht viel sagen, da die Beschwerdeführerin darüber keine Angaben gemacht hat. Eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag ist jedoch nicht ersichtlich und eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen kann nicht als erstellt angesehen werden. 4.8

Bezüglich des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin Psychotherapie in Anspruch genommen hat, dies aber mittlerweile praktisch nicht mehr tut. Es lässt sich auch nicht erstellen, dass die Psychotherapie jemals besonders intensiv gewesen wäre und ebenso wenig hat die Beschwerdeführerin eine von den Ärzten an sich als indiziert erachtete stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Mit Ausnahme von Temesta hat sie die Einnahme von stimmungsaufhellenden Medikamenten verweigert. Die Einnahme von Temesta findet ausserdem wie bereits erwähnt nur unregelmässig statt. Auf einen wesentlichen Leidensdruck kann unter diesen Umständen nicht geschlossen werden. 4.9

Damit ist ein erheblicher funktioneller Schweregrad des Leidens zu verneinen. Insgesamt fehlt es

am Nachweis, dass die geltend gemachte Einschränkung durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung begründet ist. Aus der psychischen Symptomatik lässt sich

kein invalidisierender Gesundheitsschaden darstellen, welcher es der Beschwerdeführerin verunmöglicht, ihre Arbeitsfähigkeit in ihrer bisherigen wie auch in einer anderen Tätigkeit vollzeitig zu verwerten.

5.

Im Ergebnis führt das Gesagte dazu, dass die Beschwerdeführerin aus juristischer Sicht nicht als arbeitsunfähig zu gelten hat. Es ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen und mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht verneint. Damit erübrigt sich auch die Ermittlung des Invaliditätsgrades aufgrund eines Einkommensvergleichs. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Ausgangsgemäss sind sie im Betrag von Fr. 800.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Der Gerichtsschreiber HurstBrügger

### **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 IVV in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege be nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Auf gabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, wel che Arbeitsleistungen der versicherten Person no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stel len und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medi zinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswer tes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestell ten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Ver halten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychi schen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Aus ein an dersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizini schen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfol gerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenen falls deut lich 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.). 1. 5

Nach der allgemeinen Beweisregel ( Art. 8 ZGB ) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nach weis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Ein schränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit

dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch angeh- oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets - auch ausserhalb der unklaren Beschwerdebilder - nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann (BGE 139 V 547 E. 8.1 und E. 9.4; BGE 140 V 290 E. 3.3.1).

Den unklaren Beschwerden ist eigen, dass mittels klinischer psychiatrischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie erklärbar sind (BGE 139 V 457 E. 9.4). Gemäss der seit BGE 130 V 352 geltenden Rechtsprechung genügt die Diagnose eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren Beschwerdebildes ohne organische Grundlage und die allein darauf gestützte medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht zum Nachweis einer rentenbegründenden Invalidität. Eine Erwerbsunfähigkeit wurde seither nur anerkannt, wenn zusätzliche Kriterien (sogenannte „Foerster-Kriterien“, vgl. ferner BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) in hinreichendem Ausmass erfüllt waren (BGE 139 V 457 E. 5.9 und E. 6). Dabei kam einer fachgerechten Abklärung besondere Bedeutung zu. Der aus der Diagnosestellung resultierende Rechtsnachteil der bleibenden Beweislast bedingte eine fachgerechte und aktuelle Untersuchung, welche die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine Begutachtung erfüllt (BGE 139 V 547 E. 9.2.1).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6; BGE 141 V 585 E. 5.3). Unverändert ist auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 8.1; BGE 141 V 585 E. 5.3).

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 139 V 547 E. 9.2.1). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr in BGE 141 V 281 konkretisiert. Aus den medizinischen Unterlagen muss genauer als bisher ersichtlich sein, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnose relevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweislasterlastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können

somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 574 E. 4.2). 2.

#### **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).

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