

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00962 vom 4. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00962

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00962 du 4 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00962 del 4 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, Mutter von drei Kindern (Jahrgang 2002, 2006, 2008), war vom 1. September 2011 bis 30. Juni 2014 in einem Pensum von 50 % als Küchenhilfe tätig (Urk. 6/3 Ziff. 5.4). Unter Hinweis auf Schulterprobleme sowie Angst und Depression meldete sich die Versicherte am 1. Juli 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische (Urk. 6/10, Urk. 6/19, Urk. 6/27, Urk. 6/30) und erwerbliche (Urk. 6/6) Situation ab, zog Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 6/15) und holte bei Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 28. März 2017 erstattet wurde (Urk. 6/52). Mit Schreiben vom 3. Dezember 2014 teilte die IV-Stelle mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien derzeit nicht möglich (Urk. 6/21).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/55, Urk. 6/58, Urk. 6/61) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. August 2017 einen Leistungsanspruch (Urk. 6/64 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352

E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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

E. 1.3

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 12. September 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. August 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es seien durch das Gericht ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen und es sei ihr eine ganze Invalidenrente ab Dezember 2014 zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 bis 3). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 12. Dezember 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten von Dr. Z.____ davon aus, dass keine langandauernde Gesundheitsbeeinträchtigung ausgewiesen sei, welche eine Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe begründen würde (S. 1).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, auf das Gutachten von Dr. Z.____ könne nicht abgestellt werden. Seine Ausführungen zur Medikamenteneinnahme seien unzutreffend (Urk. 1 S. 3 f. Ziff. 2.2.2) und die Schlussfolgerungen betreffend Aggravation nicht nachvollziehbar (S. 4 Ziff. 2.2.3). Insgesamt habe Dr. Z.____ seine Kompetenz als Gutachter überschritten, indem er die juristische Würdigung seiner Ausführungen vorweggenommen habe (S. 4 f. Ziff. 2.2.3). Bei dieser Aktenlage sei es nicht möglich zu beurteilen, ob sich die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin invalidisierend auswirkten oder nicht, weshalb eine Begutachtung im Auftrag des Gerichts notwendig sei (S. 5 f. Ziff. 2.2.4).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3. 1

Nach einem Aufenthalt vom 14. bis 17. Februar 2014 nannten die Ärzte der A.____ in ihrem Bericht vom 28. Februar 2014 (Urk. 6/10/17-18) folgende Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2): Status nach dissoziativer Episode im Rahmen einer partnerschaftlichen Konfliktsituation am 13. Februar 2014 - Status nach Hyperventilation

Die Beschwerdeführerin sei durch das B.____ aufgrund der Belastungssituation und Auseinandersetzung mit dem Ehemann zur Krisenintervention zugewiesen worden. Es sei ein Termin in der C.____ für die ambulante Weiterbetreuung vereinbart worden (S. 1). 3. 2

Am 8. März 2014 (Urk. 6/15/11-12) führte der Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei bekannter Diagnose (Ziff. 5) aus, die Beschwerdeführerin sei nach der Hospitalisation für zwei Wochen nach Deutschland zu Verwandten gegangen, um sich zu erholen. Anlässlich der Konsultation am 7. März 2014 habe sie immer noch traurig, müde und deprimiert gewirkt (Ziff. 1). Seines Erachtens sei eine depressive Entwicklung hinzugekommen, eine definitive Diagnose müssten jedoch die behandelnden Psychiater stellen (S. 2 oben). Derzeit erachte er die Beschwerdeführerin als nicht arbeitsfähig. Seines Erachtens sei derzeit auch eine Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit nicht gegeben (Ziff. 8). Zur Prognose könne er aktuell keine schlüssigen Angaben machen (Ziff. 9). Für ihn bestehe aber aktuell eine klar depressive Symptomatik und nicht «nur» eine partnerschaftliche Konfliktsituation (Ziff. 10). 3. 3

In ihrem Bericht vom 28. März 2014 (Urk. 6/15/8-9) zu Händen des Krankentaggeldversicherers führten die Ärzte der A.____

bei unveränderten Diagnosen (Ziff. 5) aus, die Beschwerdeführerin sei aufgrund einer Belastungssituation und Auseinandersetzung mit dem Ehemann durch das B.____ zugewiesen worden. Das Zustandsbild habe sich rasch gebessert, das Wochenende habe sie zu Hause mit der Familie verbracht und sei am 17. Februar 2014 in Begleitung ihres Mannes deutlich aufgehellter und stabiler zum Austrittsgespräch gekommen (Ziff. 1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach dem 19. Februar 2014 sowie die weitere Prognose verwiesen die Ärzte an die behandelnde Psychologin der C.____ (Ziff. 8-9). 3. 4

Nach einer Abklärungsuntersuchung vom 24. März 2014 diagnostizierten die Ärzte der A.____ in ihrem Bericht vom 17. April 2014 (Urk. 6/10/15-16) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bei familiärer partnerschaftlicher Konfliktsituation. Eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei indiziert und werde von der Beschwerdeführerin gewünscht (S. 1). Psychiatrische Vorbehandlungen oder Erkrankungen seien nicht bekannt. Aktuell bestehe eine leichtgradige depressive Symptomatik sowie grosse Angst vor dem Nachbarn im Rahmen einer Anpassungsstörung (S. 2). 3. 5

Der Hausarzt Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. Mai 2014 (Urk. 6/15/3-4) eine Anpassungsstörung bei familiärer partnerschaftlicher Konfliktsituation sowie einen Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter (Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin gebe tägliche Kopf- und Brustschmerzen an, zudem leide sie an Herzklopfen und einem Hitzegefühl. Sie fühle sich noch immer traurig. Zudem leide sie weiterhin an Schulterschmerzen links (Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin arbeite zu 50 % als Küchenhilfe (Ziff. 5), sei je doch vom 18. Februar bis vorerst 12. Mai 2014 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 6). Ab wann mit einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit gerechnet werden könne, könne er nicht beurteilen (Ziff. 7). 3. 6

Dr. med. E.____, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 18. Mai 2014 (Urk. 6/10/11-12) nach einer Sonographie der linken Schulter aus, es bestehe eine leichte AC-Gelenksarthrose bei sonst unauffälliger Schultersonographie, zudem habe sie eine beginnende frozen shoulder festgestellt bei

eingeschränkter glenohumeraler Beweglichkeit vor allem für die Abduktion und Aussenrotation. Hinweise für eine Rotatorenmanschettenläsion würden jedoch nicht bestehen. Bei gutem Ansprechen auf die Injektion sollte innert der nächsten zwei Wochen wieder eine Teil arbeitsfähigkeit gegeben sein (S. 2). 3.

E. 7

Nach einer ambulanten Notfallbehandlung am 28. Mai 2014 nannten die Ärzte des B.____, Interdisziplinärer Notfall, in ihrem Bericht vom 3. Juni 2014 (Urk. 6/10/11-12) folgende Diagnosen (S. 1): - dissoziative Episode im Rahmen partnerschaftlicher Konfliktsituation - Status nach Hyperventilation bei obgenannter Diagnose - chronisch vordere Instabilität Knie rechts

Die Beschwerdeführerin sei bei Hyperventilation und familiärem Streit per Rettungsdienst zugewiesen worden. Die weitere Überwachung auf der Notfallstation habe sich unauffällig gestaltet, die Beschwerdeführerin habe in gutem Allgemeinzustand in die Obhut der Angehörigen entlassen werden können (S. 2). 3.

E. 8

Dr. D.____ nannte in seinem Bericht vom 1. September 2014 (Urk. 6/10/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung: Status nach dissoziativer Episode im Rahmen einer partnerschaftlichen Konfliktsituation am 13. Februar 2014 - Sturz auf die linke Schulter am 13. Oktober 2013 - zunehmende Schmerzen seit Januar 2014 - Sonographie Schulter links am 14. Mai 2014: leichte AC-Gelenksarthrose (beginnende Frozen Shoulder) - Müdigkeit bei Eisenmangel

Offenbar bestehe eine Anpassungsstörung bei einem Konflikt mit einem Nachbarn seit dem 13. Februar 2014. Fremdanamnistisch sei ein Delikt gegen die sexuelle Integrität vorgefallen, eine Anzeige sei erstattet worden. Die Beschwerdeführerin werde diesbezüglich von den Psychiatern der A.____ betreut, weitere Details seien ihm nicht bekannt. Seit dem 13. Februar 2014 erlebe er die Beschwerdeführerin depressiv und mutistisch. Mit Hilfe von Temesta habe sich das psychische Zustandsbild im Verlauf etwas aufgehellt. Seit diesem Vorfall sei die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig gewesen und habe per Ende Juni 2014 die Kündigung erhalten. Sie könne den Haushalt erledigen und die Kinder betreuen, fühle sich aber wegen den psychischen Problemen nicht arbeitsfähig. Um die Arbeitsfähigkeit schlüssig und auf längere Sicht beurteilen zu können, müssten jedoch die behandelnden Psychiater angefragt werden. Er könne auch keine valide Prognose abgeben (Ziff. 1.4 und 1.6). 3.

E. 9

In ihrem Bericht vom 14. Oktober 2014 (Urk. 6/19) nannten die Ärzte der A.____ folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), bestehend seit Juni 2014 - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit Juni 2014 - Anpassungsstörung mit kurzzeitiger dissoziativer Symptomatik (ICD-10 F43.28) und familiäre partnerschaftliche Konfliktsituation (ICD-10 Z63), bestehend seit Februar 2014

Die Beschwerdeführerin sei über zirka ein Dreivierteljahr von einem Nachbarn sexuell belästigt und massiv bedroht worden, wobei es auch zu sexuellen Übergriffen und Nötigung gekommen sei. Durch Dekompensation habe der Ehemann von diesen Ereignissen erfahren. Kurz- und mittelfristig müsse davon ausgegangen werden, dass die

Beschwerdeführerin aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung mit mittelgradiger depressiver Symptomatik nicht fähig sein werde, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Bei kontinuierlicher psychotherapeutischer Behandlung sei längerfristig mit einer Verbesserung des Zustandsbildes zu rechnen und damit die Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung denkbar (Ziff. 1.4). Gegenwärtig stehe die Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit zirka zweiwöchentlichen Konsultationen (Ziff. 1.5). Bis auf Weiteres sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin leide unter deutlichen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie dissoziativen Zuständen mit retrograder Amnesie. Aufgrund der depressiven Symptomatik seien die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit stark eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne aktuell nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.

E. 10

Dr. E.____ hielt am 19. Januar 2015 fest, seit der letzten Konsultation vom 28. Oktober 2014 sei es der Beschwerdeführerin weiterhin besser

gegangen. Es bestünden noch wenige Schmerzen, die aktive und passive Beweglichkeit sei nicht mehr eingeschränkt. Aktuell seien keine weiteren Behandlungen mehr vor gesehen, sie schliesse den Fall ab (Urk. 6/27/10). 3.

E. 11

Dr. D.____ nannte in seinem Bericht vom 17. März 2015 (Urk. 6/27/5-9) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung: Status nach dissoziativer Episode im Rahmen einer partnerschaftlichen Konfliktsituation am 13. Februar 2014 - Sturz auf die linke Schulter am 13. Oktober 2013 - zunehmende Schmerzen seit Januar 2014 - Sonographie Schulter links am 14. Mai 2014: leichte AC-Gelenksarthrose (beginnende Frozen Shoulder) - Müdigkeit bei Eisenmangel

Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor deutlich depressiv verstimmt und nehme Temesta bei Bedarf ein. Aus psychiatrischen Gründen sei sie weiterhin für mindestens sechs weitere Monate arbeitsunfähig, sowohl für die angestammte als auch für eine der Behinderung angepasste Tätigkeit. Die Schulterschmerzen links hätten sich zwischenzeitlich etwas gebessert. Zur Prognose könne er nach wie vor keine schlüssigen Angaben machen, diesbezüglich seien die behandelnden Psychiater anzufragen (Ziff. 1.4). Durch die psychiatrische Therapie sowie Medikation könnten die Einschränkungen eventuell vermindert werden (Ziff. 1.8), je nach Verlauf könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.

E. 12

In ihrem Verlaufsbericht vom 28. Mai 2015 (Urk. 6/30) führten die Ärzte der A.____ bei stationärem Gesundheitszustand und unveränderten Diagnosen (Ziff. 1.1-2) aus, die Aufmerksamkeit und Konzentration seien vermindert, das Gedächtnis unauffällig. Formalgedanklich sei die Beschwerdeführerin deutlich verlangsamt und eingengt auf die traumatisierenden Erlebnisse. Der Ehemann berichte über dissoziative Zustände, an die sie sich selbst nicht erinnern könne. Der Antrieb sei stark reduziert, der Appetit deutlich vermindert (Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig, sowohl in der

bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 2.1). Alle zwei bis drei Wochen fanden Behandlungstermine statt (Ziff. 3.1). Die Beschwerdeführerin nehme Sertralin, Trittico und Temesta in Reserve ein (Ziff. 3.2). Aufgrund der Chronifizierung der posttraumatischen Belastungsstörung sowie der mittelgradigen depressiven Episode müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin mittel- bis längerfristig nicht fähig sein werde, einer geregelten Arbeit nachzugehen. (Ziff. 3.3). Durch eine kontinuierliche Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie der psychiatrischen Spitzbetreuung und Förderung von sozialen Kontakten im Rahmen der Ergotherapie, welche die Beschwerdeführerin einmal die Woche besuche, sei eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes und das Erreichen einer Teilarbeitsfähigkeit möglich (Ziff. 4.1). 3.

E. 13

Am 5. September 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdeführerin durch Dr. med.

Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Für sein Gutachten vom 28. März 2017 (Urk. 6/52) stützte sich Dr. Z.____ auf die vorhandenen Akten, eigene Untersuchungen der Beschwerdeführerin sowie verschiedene psychologische Testungen (S. 6 lit. B, S. 28 ff. lit. C, S. 37 ff.) und führte aus, gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin wirkten sich die gesundheitlichen Probleme auch auf den Alltag aus. Sie habe Ängste, sich alleine aus dem Haus nach draussen zu bewegen. Zudem habe sie Wiedererinnerungen an den/die stattgehabten Übergriffe durch den ehemaligen Nachbarn. Es bestünden auch Ängste, diesen Mann wieder zu treffen. Im Haushalt selber könne sie auch nicht mehr so viel machen, wie in der Zeit vor dem Übergriff durch den Nachbarn (S. 41 Ziff. I.2). Bezüglich der Diagnosen hielt Dr. Z.____ fest, unter reiner Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin würden die Kriterien der ICD-10 zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zutreffen. Es liege zudem eine mittelgradige depressive Störung vor, wenn man die Symptomangaben der Beschwerdeführerin per se zugrunde lege. Wenn man gutachterlich mit einbeziehe, dass Falschaussagen bezüglich der Medikamenteneinnahme vorliegen würden, die gutachterlicherseits dazu führten, dass die angegebenen Symptomstärken stark angezweifelt oder in ihrer Existenz hinterfragt werden müssten, ergebe sich ein abgeschwächtes Symptombild oder daraus eine nicht vorhandene Symptomatik einer PTBS oder eine nicht vorhandene Symptomatik einer mittelgradig depressiven Störung. Unter diesen Bedingungen sei die Vergabe der Diagnose einer PTBS wie auch einer mittelgradigen depressiven Störung aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht sinnvoll (S. 53 Ziff. III.3).

Von Februar 2014 bis zum Arztbericht vom 14. Oktober 2014 sei mit keinem Psychopharmakon, welches explizit für eine PTBS zugelassen sei, therapiert worden. Es seien lediglich Trittico und Temesta zur Anwendung gekommen. Zudem werde im Arztbericht der A.____ vom 14. Oktober 2014 erwähnt, dass Sertralin eingesetzt werde. Da die posttraumatische Symptomatik fortbestanden habe, wäre eine Erhöhung sinnvoll gewesen. Zum hiesigen Untersuchungszeitpunkt gebe die Beschwerdeführerin an, Sertralin in der Dosis von 150 mg/Tag einzunehmen, allerdings sei das Medikament in der Haaranalyse im letzten halben Jahr vor der Begutachtung nicht nachweisbar. Da die psychotherapeutischen ambulanten Massnahmen nach der Aktenlage keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik gezeigt hätten, wäre es wichtig, auf der

psychopharmakologischen Seite die Medikation voll auszunutzen. Auch wäre bei Nichtwirksamkeit von Sertralin bezüglich der posttraumatischen Symptomatik ein Wechsel des Psychopharma kons indiziert. Die angegebene ambulante Therapiefrequenz von einer Therapie einheit alle zwei bis drei Wochen erscheine nicht ausreichend, um bisher deutliche Verbesserungen zu erzielen. Ausserdem wäre aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ein stationärer Aufenthalt für eine intensivierete Therapie der Beschwerdeführerin dringend anzuraten (gewesen), falls die posttraumatische Symptomatik (weiter) bestehen würde. Zudem sollte die Beschwerdeführerin antidepressiv psychotherapeutisch behandelt werden (S. 55 f. Ziff. IV.1).

Bezüglich eines intensivierten stationären Aufenthaltes erscheine die Beschwerdeführerin bisher überwiegend nicht kooperativ. Der Grund sei unter anderem die Betreuung der Kinder, was jedoch in Anbetracht der Schwere der geschilderten Symptomatik auch überbrückend/zeitlich befristet familiär oder mit anderer Hilfe abgedeckt werden könnte (S. 56 Ziff. IV.2).

Bezüglich der Untersuchungsbefunde gebe es deutliche Inkonsistenzen und Unplausibilitäten. Entgegen der Angabe der Beschwerdeführerin, sie nehme täglich Sertralin ein, habe dieses in der Haaranalyse über den Zeitraum eines halben Jahres zurückliegend nicht nachgewiesen werden können. Die Tatsache, dass Sertralin bei der Laboruntersuchung nachgewiesen werden können, spreche dafür, dass das Medikament nur kurz vor der Begutachtung eingenommen worden sei. Somit sei nicht nur die Aussage der Beschwerdeführerin, sie nehme kontinuierlich täglich Sertralin seit längerem ein, falsch, sondern dieses Ergebnis lege auch nahe, dass sie bewusst vor der Begutachtung begonnen habe, das Medikament einzunehmen. Dies könne gutachterlicherseits nur dahingehend interpretiert werden, dass sie mit entsprechenden Labortestungen gerechnet habe und eine regelmässige Einnahme habe vortäuschen wollen (S. 58 Ziff. V.1).

Bei einer massiven PTBS wären zudem seit dem Jahre 2014 keine Auslandsaufenthalte, auch nicht in Begleitung, sinnvoll möglich und durchführbar gewesen. Auslandsaufenthalte würden anzeigen, dass eine PTBS, wenn überhaupt, nur in leichter Form vorgelegen haben könne (S. 59 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass es ihr im Jahre 2013 sehr gut gegangen sei. Sie habe arbeiten können und auch keine Ängste gehabt, unter Leute zu gehen. Ihre Probleme hätten erst im Jahre 2014 angefangen (S. 62 Ziff. V.3).

Es seien nicht ausreichend stationäre Behandlungsoptionen in Anspruch genommen worden, die eine deutliche Verbesserung der posttraumatischen und depressiven Symptomatik hätten bewirken können. Zudem habe durch die Haaranalyse nachgewiesen werden können, dass die Beschwerdeführerin das Medikament Sertralin im letzten halben Jahr definitiv nicht eingenommen habe (S. 63 f. Ziff. V.4).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse aufgrund der Falschaussage bezüglich der Medikamenteneinnahme die gesamte (posttraumatische und depressive) Symptomatik in Frage gestellt werden. Auch sei es nicht plausibel, dass die Beschwerdeführerin in den Tagen vor der Begutachtung das entsprechende Medikament einnehme und angebe, sie nehme es täglich seit längerer Zeit, dagegen in der Haaranalyse kein Nachweis über das letzte halbe Jahr getätigt werden könne. Dies spreche für ein interessegeleitetes Vorgehen in der Begutachtungssituation, in dem Wissen, dass es um die Gewährung von Leistungen der

Invalidenversicherung gehe, und beweise zudem, dass sie überlegt, angepasst und koordiniert handeln könne. Zudem sei ein Ehekonflikt bei ausserehelicher Beziehung mit depressiver Reaktion und Hyperventilationen zu konstatieren. Gemäss Arztbericht seien am 14. Februar 2014 keine Sinnesstörungen vorhanden und eine PTBS nicht nachweisbar gewesen. Die damalige depressive Episode sei als mittelgradig einzustufen. Im Arztbericht vom 17. April 2014 werde eine leichtgradige depressive Symptomatik beschrieben. Eine leichtgradige oder mittelgradige depressive Episode führe aber zu keiner versicherungsmedizinischen Arbeitsunfähigkeit. Insofern habe demnach ab Februar 2014 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Auch im Mai 2015 sei aus versicherungsmedizinischer Sicht von keiner Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Der Zeitraum von Mai 2015 bis zur aktuellen Begutachtung sei aufgrund der Aktenlage und wegen der fehlenden Verlässlichkeit der Angaben der Beschwerdeführerin gutachterlich nicht beurteilbar, es scheine aber zu keinen weiteren Notfallkonsultationen somatischer oder psychiatrischer Art gekommen zu sein. Ab Februar 2016 müsse dann gemäss der Haaranalyse definitiv von einem Weglassen der Sertralinmedikation, der wesentlichen anti-posttraumatischen Medikation, also einer fehlenden Mitwirkung der Beschwerdeführerin, ausgegangen werden. Überwiegend wahr scheinlich sei in diesem Zusammenhang auch eine weitere deutliche Besserung der gesamten Symptomatik, so dass kein Grund für eine Einnahme von Sertralin mehr vorgelegen habe. Auch die Auslandsaufenthalte in der Türkei und in Sri Lanka im Jahre 2016 würden gegen das Vorliegen einer versicherungsmedizinisch belegbaren Arbeitsunfähigkeit in diesen zeitlichen Phasen sprechen. Somit liege aus versicherungsmedizinischer Sicht insgesamt ab Februar 2014 keine Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe vor (S. 64 f. Ziff. VI.1).

Eine angepasste Tätigkeit scheine aus gutachterlicher Sicht nicht notwendig, da die bisherige Tätigkeit ausgeführt werden könne (S. 65 Ziff. VI.2). 3.

E. 14

Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 6/10/19-21 S. 3, Urk. 6/27/11) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 4. 4.1

Aus somatischer Sicht liegt eine leichte AC-Gelenksarthrose vor, zudem wurde im Mai 2014 eine beginnende Frozen Shoulder festgestellt (E. 3.6). Erstmals wurden die Beschwerden im Bericht des Hausarztes Dr. D.____ vom 6. Mai 2014 erwähnt (E. 3.5), wobei die Rheumatologin Dr. E.____

am 18. Mai 2014 davon ausging, dass bei gutem Ansprechen auf die Injektion innerhalb der nächsten zwei Wochen wieder eine Teilarbeitsfähigkeit gegeben sei (E. 3.6). Im weiteren Verlauf attestierten weder der Hausarzt noch die Rheumatologin eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schulterbeschwerden, Dr. D.____ hielt am

1. September 2014 vielmehr ausdrücklich fest, um die Arbeitsfähigkeit schlüssig und auf längere Sicht beurteilen zu können, müssten die behandelnden Psychiater befragt werden (E. 3.8). Im Januar 2015 schloss Dr. E.____ die Behandlung ab (E. 3.10). Insgesamt ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Schulterbeschwerden nicht zu einer langandauernden beziehungsweise anspruchrelevanten Arbeitsunfähigkeit geführt haben.

Solches wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 1).
4.2

Was sodann die psychischen Beschwerden betrifft, liegt ein im Auftrag der Beschwerdeführerin erstelltes psychiatrisches Gutachten von Dr. Z.____ vor, wo bei die Beschwerdeführerin dieses als nicht verwertbar erachtet. Dabei machte sie insbesondere geltend, Dr. Z.____ habe aus der aufgrund eines Ferientaufenthaltes nicht eingenommenen, vorübergehenden Nichteinnahme des Medikamentes Sertralin abgeleitet, die Symptome hätten gar nicht vorgelegen, die Beschwerdeführerin habe den sexuellen Übergriff nur als Ausrede für ein gewolltes ausser eheliches Verhältnis verwendet, und insgesamt an den anamnestischen Angaben und damit am sexuellen Übergriff an sich gezweifelt. Zudem habe Dr. Z.____ seine Kompetenzen als Gutachter überschritten, indem er die juristische Würdigung seiner Ausführungen vorweggenommen habe (Urk. 1 S. 3 ff. Ziff. 2.2.2-3).

Soweit die Beschwerdeführerin rügt, Dr. Z.____ nehme in seinem Gutachten unzulässige juristische Ausführungen vor, kann dem nicht gefolgt werden. Zwar belies es Dr. Z.____ nicht einfach bei der Feststellung, dass das Medikament Sertralin in der Haaranalyse nicht nachgewiesen werden konnte, in der Laboruntersuchung jedoch schon. Vielmehr interpretierte er diese Tatsache dahingehend, dass die Beschwerdeführerin die Vornahme der entsprechenden Laboruntersuchungen geahnt habe und eine regelmässige Einnahme habe vortäuschen wollen (Urk. 6/52 S. 58 Mitte). Weiter stellte Dr. Z.____ aufgrund der nachgewiesenen Nichteinnahme sowohl die Diagnosen wie auch die beklagten Symptome und den von der Beschwerdeführerin geschilderten Ablauf der Geschehnisse im Zusammenhang mit einem früheren Nachbarn in Frage. Dies hat sich die Beschwerdeführerin jedoch zu einem guten Teil selbst zuzuschreiben, war doch der genaue Hergang der Geschehnisse im Zusammenhang mit dem früheren Nachbarn, welche sowohl von der Beschwerdeführerin als auch von den Ärzten als auslösendes Moment für die nun bestehenden Beeinträchtigungen bezeichnet werden, über welche die Beschwerdeführerin jedoch trotz entsprechender Nachfragen sowohl des Gutachters als auch der behandelnden Ärzte nicht differenziert Auskunft geben konnte beziehungsweise wollte (vgl. Urk. 6/52 S. 43 unten), für den Gutachter kaum nachvollziehbar.

Für die Diagnose einer PTBS ist jedoch das auslösende Trauma von grosser Bedeutung. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung gerade im Rahmen psychiatrischer Abklärungen, bei welchen der persönlichen Lebensgeschichte eine besondere Bedeutung zukommt, gestützt auf die Mitwirkungspflicht (Art. 28 ATSG) erwartet werden darf, dass die versicherte Person die wichtigen Lebensereignisse offenlegt, andernfalls deren Nichtberücksichtigung keine Verletzung von Bundesrecht, namentlich des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 resp. Art. 61 lit. c ATSG) darstellt (Urteile des Bundesgerichts 8C_725/2016 vom 9. Februar 2017 E.5.2.4 sowie 8C_671/2014 vom 19. März 2015 E. 4.2.2).

Trotz dieser Überlegungen ist bemerkenswert, dass Dr. Z.____ im Wesentlichen dieselben Diagnosen diskutiert hat wie die behandelnden Ärzte der A.____.

Selbst wenn nicht auf die Beurteilung durch Dr. Z.____, sondern

auf die fachärztlichen

Berichte der Ärzte der A.____

abgestellt

und vom Vorliegen der Diagnosen einer PTBS sowie einer mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen würde, müsste das Vorliegen einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit aufgrund der folgenden Erwägungen verneint werden. 5. 5.1

Nach dem Gesagten ist im Folgenden zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. vorstehend E. 1.2-1.4).

Selbst wenn das Gutachten von Dr. Z.____

teilweise zu Kritik Anlass geben mag, ist dennoch gestützt darauf eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren möglich. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. 5. 2 5.2.1

Im Rahmen der ersten Kategorie des « funktionellen Schweregrades » ergibt sich mit Bezug auf den ersten Indikator (« Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ») aus dem Gutachten, dass das formale Denken mittelgradig gehemmt und verlangsamt sowie leicht grüblerisch ist und die Beschwerdeführerin unter leichten Phobien, schweren optischen Halluzinationen und mittelgradiger Gedankeneingebung leidet. Sie wirke mittelgradig ratlos, deprimiert, hoffnungslos und ängstlich sowie leicht innerlich unruhig, habe mittelgradige Schuldgefühle, sei im Affekt mittelgradig labil und inkontinent. Weiter sei die Beschwerdeführerin leicht antriebsarm, antriebsgehemmt und motorisch unruhig (Urk. 6/52 S. 34-36).

Zum Tagesablauf führte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung aus, sie stehe jeweils zwischen 6:30 und 7:00 Uhr auf, dann esse sie und schicke die Kinder zur Schule. Sie bleibe zu Hause, räume auf

und reinige die Wohnung, dann trinke sie Tee. Sie koche das Mittagessen, den Abwasch mache sie oder der Ehemann. Nachmittags skype sie und telefoniere mit der Familie. Das Abendsessen mache der Ehemann, sie helfe dabei, manchmal koche sie auch alleine. Abends schaue sie mit ihrem Ehemann fern. Gegen 20:00 Uhr nehme sie die Tabletten und gehe dann schlafen. Zur Freizeitgestaltung ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin zusammen mit der Familie spazieren geht oder Velo fährt (Urk. 6/52 S. 50 Ziff. II.2).

Zum zweiten Indikator (« Behandlungserfolg oder -resistenz »)

hielt Dr. Z.____ fest, dass die Beschwerdeführerin von Februar bis Oktober 2014 mit keinem Psychopharmakon, welches explizit für eine PTBS zugelassen sei, therapiert worden sei.

Es seien lediglich Trittico und Temesta zur Anwendung gekommen. In einem Bericht vom Oktober 2014 werde erwähnt, dass Sertralin in der Dosierung von 100 mg am Tag eingesetzt werde. Da die posttraumatische Symptomatik fortbestanden habe, wäre eine Erhöhung in Richtung 200 mg/Tag sinnvoll gewesen. Da die psychotherapeutischen ambulanten Massnahmen keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik gezeigt hätten, wäre es wichtig, auf der psychopharmakologischen Seite die Medikation voll auszunutzen. Auch sei bei Nichtwirksamkeit von Sertralin bezüglich der posttraumatischen Symptomatik ein Wechsel des Psychopharmakons indiziert. Zusätzlich könne bei psychoseähnlichen Zuständen auch ein Antipsychotikum hinzugegeben werden. Psychotherapeutisch solle mit der Technik der kognitiven Verhaltenstherapie gearbeitet werden, auch das Erlernen von Entspannungsübungen und körperliche Aktivität sollten die Therapie ergänzen. Weiter gebe es wirksame psychodynamische Techniken zur Trauma

therapie, die ambulant angewendet werden könnten. Die angegebene ambulante Therapiefrequenz von einer Sitzung alle zwei bis drei Wochen erscheine nicht ausreichend, um deutliche Verbesserungen zu erzielen. Ausserdem sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ein stationärer Aufenthalt für eine intensivierte Therapie dringend anzuraten, falls die posttraumatische Symptomatik weiterbestehen würde (Urk. 6/52 S. 55 f. Ziff. IV.1).

Als Komorbidität ist die leichte AC-Gelenksarthrose beziehungsweise die Frozen Shoulder zu erwähnen, deren Behandlung im Januar 2015 jedoch abgeschlossen wurde (vgl. E.3.10), und welche seither nicht mehr zu Einschränkungen geführt haben. 5.2.2

Bezüglich Persönlichkeit hielt Dr. Z.____ fest, es hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung festgestellt werden können (Urk. 6/52 S. 46 Mitte). Nach Angaben der Beschwerdeführerin wirkten sich die gesundheitlichen Probleme auf ihren Alltag aus, sie habe Ängste, sich alleine aus dem Haus zu bewegen. Zudem habe sie Wiedererinnerungen an die stattgehabten Übergriffe durch den ehemaligen Nachbarn. Es würden auch Ängste bestehen, diesen Mann wieder zu treffen (Urk. 6/52 S. 41 Ziff. I.2). 5.2.3

Betreffend den sozialen Kontext ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann und den gemeinsamen Kindern zusammenlebt. Häufigen Kontakt hat sie zudem zu ihrer Familie in Sri Lanka, mit welcher sie regelmässig telefoniert (Urk. 6/52 S. 50 Ziff. II.2). Weitere Bezugspersonen wurden von der Beschwerdeführerin nicht erwähnt, sie führte lediglich aus, im Jahre 2013 habe sie noch keine Ängste gehabt, unter Leute zu gehen (Urk. 6/52 S. 62 Ziff. V.3). 5.3

Zu prüfen ist weiter die zweite Kategorie der « Konsistenz ». Bei der Umschreibung des sozialen Umfeldes im Rahmen des Indikators « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen » fällt auf, dass die Beschwerdeführerin ausserhalb der Familie wenig Kontakte zu haben scheint. Aufgrund der Akten lässt sich jedoch nicht genau nachvollziehen, inwieweit dies vor den Vorfällen mit dem ehemaligen Nachbarn und dem nachfolgenden Krankheitsverlauf tatsächlich bedeutend anders war. Die Ausführungen im Gutachten von Dr. Z.____, wonach es im Umfeld an einem Kollegenkreis mangle, der zusätzlich unterstützend wirke (Urk. 6/52 S. 51 Ziff. II.2), lässt jedoch vermuten, dass die sozialen Kontakte bereits früher überwiegend auf die Familie konzentriert waren. Beweisrechtlich entscheidend erscheint jedoch vorliegend der Indikator des « behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidens drucks », weshalb der vorgenannte Indikator an Bedeutung verliert.

Aufgrund der Haaranalyse ist nachgewiesen, dass die Beschwerdeführerin das ihr seit spätestens Oktober 2014 verschriebene Sertralin mindestens im Zeitraum März bis September 2016 nicht eingenommen hat (Urk. 6/52 S. 58 Ziff. V.1). Daran vermag auch die Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach sie während eines vierwöchigen Ferienaufenthaltes in Sri Lanka versehentlich das Rezept nicht dabeigehabt habe und deshalb das Medikament nicht habe besorgen und einnehmen können (Urk. 1 S. 3 f. Ziff. 2.2.2, Urk. 6/52 S. 51 oben), nichts zu ändern, fand dieser Urlaub doch in den Sommerferien 2016 statt und erklärt damit nicht, weshalb das Medikament bereits seit März 2016 nicht mehr nachweisbar war.

Ebenso zeugt der Behandlungsrhythmus von einer Therapiesitzung alle zwei bis drei Wochen (Urk. 6/52 S. 55 f. Ziff. IV.1) nicht von einem grossen Leidensdruck und auch die Weigerung der Beschwerdeführerin, sich einem von ärztlicher Seite dringend empfohlenen stationären Aufenthalt zu unterziehen, erscheint bei dem von ihr geltend gemachten Ausmass der Beschwerden trotz der Betreuungspflichten für die drei Kinder wenig nachvollziehbar. 5.4

Zusammenfassend kann die von den behandelnden Ärzten der A. ___ attestierte und von der Beschwerdeführerin geltend gemachte vollständige Arbeitsunfähigkeit der Anspruchsprüfung mangels Konsistenz nicht zugrunde gelegt werden und es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe auch weiterhin in einem - einen Rentenanspruch ausschliessenden Pensum - zumutbar wäre. Unter diesen Umständen kann die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin, wenn sie sich in gesundheitlicher Hinsicht dazu in der Lage fühlte, insbesondere mit Blick auf die gegenüber ihren Kindern wahrzunehmenden Betreuungspflichten, überhaupt erwerbstätig wäre, beziehungsweise ob allenfalls die gemischte Methode zur Anwendung kommen müsste (vgl. aber Urk. 6/54 S. 4), offen bleiben.

Damit liegt keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor und die angefochtene Verfügung erweist sich im Ergebnis als zutreffend. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannKübler-Zillig

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