

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00380 vom 8. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00380

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00380 du 8 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00380 del 8 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

5. November 2011 (Urk. 9/87). Die sem Gutachten lagen weitere Berichte behandelnder Ärzte bei (Urk. 9/83/55-93). Es folgten ein Arztbericht (Urk. 9/ 85) und eine Haushaltabklärung, über welche am 3. Januar 2012 berichtet wurde (Urk. 9/95). Nach Vorlage des Dossiers beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), dessen Dr. med. C.____ , Praktischer Arzt FMH, am 18. November 2011 sowie am 2 3. Januar 2012 Stellung nahm (Urk. 9/96/4-5), sowie nach Durchführung eines Einkommensvergleichs (Urk. 9/96/5-7) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 1. März 2012 die Zusprechung einer befristeten ganzen Rente für die Zeit vom 1. Oktober 2010 bis 31. Dezember 2011 in Aussicht (Urk. 9/98). Nachdem die Versicherte den Gesprächstermin zwecks beruflicher Eingliederung abgesagt hatte, teilte die IV-Stelle der Versicherten am 19. März 2012 den Abschluss der Arbeitsvermittlung mit (Urk. 9/100-103). Gegen den Vorbescheid vom 1. März 2012 erhob die Versicherte am 2 9. März 2012 sowie am 1 3. April 2012 Einwand (Urk. 9/104 und Urk. 9/106) , welchen sie am 2 0. Juni 2012 ergänzen liess (Urk. 9/115). Es folgten weitere Arztberichte (Urk. 9/117 = Urk. 9/119, Urk. 9/121, Urk. 9/123, Urk. 9/125 , Urk. 9/129-131, Urk. 9/133-134) . Hernach wurde die Versicherte orthopädisch, psychiatrisch, neurologisch sowie internistisch durch die

Medizinische Abklärungsstelle

D.____ (MEDAS D.____) begutachtet, welche ihr interdisziplinäres Gutachten am 2 8. Juli 2014 erstattete (Urk. 9/149) und am 25. November 2014 ergänzte (Urk. 9/156). Sodann ergingen verschiedene Berichte behandelnder Ärzte und Ärztinnen (Urk. 9/166, Urk. 9/171, Urk. 9/173, Urk. 9/179, Urk. 9/186 , Urk. 9/190). In der Folge gab die IV-Stelle ein polydisziplinäre s Verlaufsgutacht en in Auftrag , wel ches das Institut E.____

am 2 5. September 2017 erstattete (Urk. 9/206). Dazu äusserte sich die Versicherte am 8. Dezember 2017 (Urk. 9/212). Im weiteren Verlauf wurde ein Operationsbericht vom 2 6. Oktober 2017 eingereicht (Urk. 9/215) , und die IV-Stelle nahm einen Einkommensvergleich vor (Urk. 9/217). Mit Vorbescheid vom 3 0. Januar 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 9/219), wogegen die Versicherte am 5. März 2018 Einwand erhob (Urk. 9/225). Mit Ver fügung vom 1 2. März 2018 verneinte die IV-Stelle den Rentenanspruch der Ver sicherten wie angekündigt (Urk. 9/228 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenver sicherung (IVG), der

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 1. 2. März 2018 und somit nach Inkrafttreten sowohl der 5. IV-Revision als auch der Revision 6a ergangen. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Juli 2008 (Urk. 9/ 8/9). In Nachachtung von BGE 138 V 475 ist bei einer Anmeldung zum Leistungsbezug nach dem 30. Juni 2008 die Karenzzeit von Art. 29 Abs. 1 IVG zu berücksichtigen (bestätigt beispielsweise in den Urteilen des Bundesgerichts 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.3.1 und 9 C_254/2013 vom 30. Oktober 2013 E. 1.1). Da folglich eine Rentenzusprechung frühestens mit Wirkung ab 1. Januar 2009 überhaupt in Frage kommt, ist der Sachverhalt ab 1. Januar 2008 zu beurteilen. Dies hat nach dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen, jedoch vor dem Inkrafttreten der IV-Revision 6a. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporal rechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2011 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der IV-Revision 6a abzustellen. Die massgeblichen Gesetzesbestimmungen werden im Folgenden in der aktuellen (unveränderten) Fassung zitiert.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 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. 1.3

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 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V

396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie 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 145 V

215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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 – im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschädigung 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 Störungssystematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshin derer äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V

281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE

143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten 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 am 30. November 2017 noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen) . 1.

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes von Gutachten zu psychischen Beeinträchtigungen ist mit Bezug auf die dargelegte Rechtsprechungsänderung (E. 1.4) übergangsrechtlich bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

2.

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 25. April 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab 1. August 2008 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 18. Juni 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 10).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, laut dem E.____-Gutachten sowie der Stellungnahme ihres RAD sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Haushälterin zu 70 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 1). Sie führte aus, im Vergleich zu den Gutachten aus den Jahren 2011 und 2014 lägen keine wesentlichen Veränderungen der Arbeitsfähigkeit vor. Die diversen Klinikaufenthalte und die zuletzt durchgeführte Operation hätten keine längerfristigen höheren Arbeitsunfähigkeiten zur Folge gehabt. Die Beschwerdeführerin hätte im Gesundheitsfall bis Ende März 2009 in einem Pensum von 63 % gearbeitet. In diesem Erwerbsbereich resultiere dabei ein Invaliditätsgrad von 0 %. Im Haushaltsbereich, welcher 37 % ausgemacht habe, sei sie zu 36 % eingeschränkt. Demnach resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 14 %. Ab dem 1. April 2009 sei die Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige zu qualifizieren. Ab diesem Zeitpunkt ermittelte die Beschwerdegegnerin bei einer 80 % igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit einen Invaliditätsgrad von 25 % und verneinte dementsprechend einen Rentenanspruch (Urk. 2 S. 2). Bezugnehmend auf den Einwand der Beschwerdeführerin hielt sie sodann fest, im E.____-Gutachten sei eine Ressourcenprüfung vorgenommen worden (Urk. 2 S. 3).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen zusammengefasst ein, sie sei seit Anfang 2008 arbeitsunfähig. In sämtlichen Begutachtungen sei ihr depressives Leiden anerkannt worden und der Gutachter PD Dr. B.____ habe ihr deswegen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert (Urk. 1 S. 4-5). In Wirklichkeit liege gar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor; dies im Zusammenspiel mit weiteren Erkrankungen. Die Wechselwirkungen dieser Vielzahl von Diagnosen seien zu Unrecht nicht diskutiert worden (Urk. 1 S. 7-8 und S. 17-18). Nachdem nun auch bei depressiven Störungen eine Standardindikatorenprüfung vorzunehmen sei, bestehe wegen der langjährigen und therapieresistenten Depression klarerweise eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S. 8-10). Die IV-Stelle sei auf die Notwendigkeit einer Prüfung der Standardindikatoren auf das vorliegende Leiden entsprechend der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht eingegangen, wodurch sie - nebst der materiellen Fehlerhaftigkeit - ihre Begründungspflicht verletzt habe (Urk. 1 S. 10-11). Ferner prüfte die Beschwerdeführerin die Standardindikatoren selber und rügte, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungssatz verletzt (Urk. 1 S. 12-17). Zu diesen Vorwürfen äusserte sich die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort nicht (Urk. 8). 3.

3.1

Dr. med. F.____, Facharzt

für orthopädische Chirurgie, Spital G.____, führte bei der Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2007 im Knie rechts eine Valgisationsosteotomie durch (Urk. 9/18/35). Zugleich entfernte er im linken Knie eine Platte bei Zustand nach einer Valgisationsosteotomie am 6. September 2006 (Urk. 9/18/28, Urk. 9/18/35). In seinen Berichten vom 24. Oktober 2007 sowie vom 21. November 2007 ging er davon aus, die Beschwerdeführerin werde drei bis vier Monate postoperativ wieder voll arbeitsfähig sein (Urk. 9/18/38, Urk. 9/18/33). Am 19. Juni 2008 hielt er fest, eine sitzende Tätigkeit sei absolut möglich. Leichte gehende Tätigkeiten ebenfalls. Belastendes längeres Stehen, Gehen oder Tragen von schweren Lasten hingegen zurzeit nicht. Eine Arbeitsfähigkeit von 50% sei sicher möglich, allenfalls sogar eine von 100%. Nach der Metallentfernung sei wieder von einer vollen Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 9/18/28).

Am 28. August 2008 attestierte er ihr indes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 5. September bis 3. Dezember 2008.

E. 5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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 medizinische These abstellt (ZAK

1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 5.1

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 ausgleichender 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 gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 5.2

Es ist unstrittig (vgl. Urk. 9/115/3) und nachvollziehbar begründet, dass die Beschwerdeführerin (spätestens) nach der Scheidung von ihrem zweiten Ehemann ab April 2009 als Vollerwerbstätige zu qualifizieren ist (vgl. Urk. 9/218/3). Der für diesen Zeitraum vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 9/217/2-3) wurde in der Beschwerde nicht beanstandet.

Bezüglich des Valideneinkommens

hatte die Beschwerdeführerin jedoch im Einwand vom 20. Juni 2012 vorgebracht, im Gesundheitsfall würde sie qualifizierte Arbeiten verrichten (Urk. 9/115/4).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V

28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). Dafür, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall in der Schweiz als Auszubildende für Krankenschwestern arbeiten würde, liegen keine konkreten Anhaltspunkte vor, zumal die Beschwerdeführerin nur über einfache

respektive teilweise Deutschkenntnisse verfügt

(Urk. 9/84/12, Urk. 9/84/23) und nach ihrer Einreise in die Schweiz auch nie in diesem oder einem ähnlichen Bereich gearbeitet hat (vgl. Urk. 9/16/2, Urk. 9/20/2, Urk. 9/169). Soweit die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Festsetzung des Valideneinkommens

vorbringt, sie sei schon seit langem psychisch angeschlagen (Urk. 9/115/4), ist am Rande zu bemerken, dass sie als ausländische Staatsangehörige die versicherungsmässigen Voraussetzungen nur erfüllt, sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten hat (Art. 6 Abs. 2 IVG). Es bleibt somit dabei, dass für die Zeit der hypothetischen vollen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall das Valideneinkommen gemäss dem hypothetischen Vollpensum in der vormaligen Hauswirtschaftstätigkeit zu ermitteln ist und das Invalideneinkommen gestützt auf eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einem Hilfsarbeitsbereich mit einem Abzug zu ermitteln ist, welche Berechnungsweise von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht gerügt wurde (Urk. 9/217). Für die Zeit ab April 2009 besteht somit kein Rentenanspruch.

E. 5.3.1

Für die Zeit bis Ende März 2009 qualifizierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin als zu 63 % im Erwerbsbereich und zu 37 % im Haushaltbereich tätig und errechnete einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 14 % (Urk. 9/ 218/22, Urk. 9/217/1). Die Beschwerdeführerin hatte einst vor gebracht , sie wäre als vollzeitlich erwerbstätig zu qualifizieren (Urk. 9/ 115/2-3). Die Statusfrage kann indes vorliegend offen bleiben , da die Beschwerdeführerin bei Qualifikation als Vollerwerbstätige in Analogie zu vorstehender E. 5.2 auch für die Zeit bis Ende März 2009 keinen Rentenanspruch hätte.

E. 5.3.2

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der IVV vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) in Art. 27 bis Absatz 2–4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 12. März 2018 und somit nach Inkrafttreten der Verordnungsänderung ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Verordnungsbestimmungen am 1. Januar 2018 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2017 auf die damals geltenden Bestimmungen abzustellen (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1).

E. 5.3.3

Die Beurteilung im E.____-Gutachten, wonach die Beschwerdeführerin bei den Arbeiten im eigenen Haushalt wegen der freien zeitlichen Einteilbarkeit weniger stark eingeschränkt ist als bei der Ausübung einer

Erwerbstätigkeit (Urk. 9/ 206/34), ist schlüssig. Die exakte Einschränkung ist nicht entscheidend , da selbst bei der Annahme einer Einschränkung von 36,6 % im Haushalt - entsprechend dem Haushaltabklärungsbericht (Urk. 9/95/9) -

klarerweise

auch insgesamt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad für die Zeit der Teilerwerbstätigkeit resultiert.

Auch dies wurde von der Beschwerdeführerin im Verfahren nicht eigentlich gerügt. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Wüthrich - 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 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 6

sowie vom 1. 6. August 2007 bis zum Zeitpunkt der Berichterstattung (Urk. 9/22/7) aufgrund eines schmerzhaften Knies rechts, weswegen die Versicherte in der Klinik H.____ angemeldet sei. Zugleich hielt er bezüglich physischer Ressourcen fest, verschiedenste Tätigkeiten seien ihr sehr oft zumutbar und die psychischen Ressourcen seien uneingeschränkt (Urk. 9/22/4-5). Jedoch werde die Gesundheit und/oder die Arbeitsfähigkeit durch Eheprobleme beeinflusst (Urk. 9/22/6). Am 1. Dezember 2008 berichtete er, die Beschwerdeführerin habe sich zur weiteren Behandlung in die Klinik H.____ begeben. Für die angestammte Tätigkeit liege wegen Restbeschwerden im Tibiakopfbereich aufgrund einer Reizung und einer überstehenden Platte im rechten Knie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Eine sitzende, leicht belastende Tätigkeit könne sie indes ganztags durchführen. Die Chancen stünden gut, dass sie nach der Metallentfernung schmerzfrei sein werde (Urk. 9/34/5-7). 3.2

Dem Bericht der Klinik H.____ vom 17. Februar 2009 ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin leide an einem multilokulären Schmerzsyndrom (zervikal, lumbal und Knie rechts), welches nicht eindeutig ätiologisch zugeordnet werden könne, wobei gewisse degenerative Veränderungen sowohl an der Halswirbelsäule (HWS) als auch an der Lendenwirbelsäule (LWS) vorlägen. Man empfahl eine schmerztherapeutische Behandlung (Urk. 9/42/7). 3.3

Am 1. April 2009 berichtete Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 9. Juli 2008 bei ihr in Behandlung. Sie habe an permanenten und sehr starken Schmerzen gelitten. Schlafen sei kaum möglich gewesen. In dieser Zeit sei ihre zweite Ehe gescheitert und die Beschwerdeführerin sei wegen

anhaltender Schmerzen sowie Scheidungsprozess, Verlust der Wohnung und Wohnungsnot in eine Depression geraten. Die Beschwerdeführerin befinde sich nun in psychiatrischer Behandlung, wobei sie (Dr. I.____) die Krankheit als therapieresistent erachte. Es liege eine voll umfängliche Erwerbsunfähigkeit bis auf weiteres vor (Urk. 9/43/2). 3.4

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in seinem Bericht vom 30. Mai 2009 an, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 20. Dezember 2006 (Urk. 9/44/2). Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte er eine prolongierte Anpassungsstörung mit starker depressiver Symptomatik (ICD-10 F43.2) und äusserte zudem den Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2; Urk. 9/44/6). Er beurteilte die Beschwerdeführerin als zu 80 % arbeitsunfähig und erachtete den Krankheitsverlauf als bereits chronifiziert (Urk. 9/44/8). 3.5

Am 22. Dezember 2009 erstattete Dr. Z.____ sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 9/58). Er diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) bei multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren und mass dieser Diagnose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 9/58/8). Er hielt fest, die psychosozialen Belastungsfaktoren (Ehescheidung, alleinerziehende Mutter zweier Kinder, Verlust der Arbeitsstelle, finanzielle Schwierigkeiten, kulturelle Entwurzelung) stünden im Vordergrund (Urk. 9/58/11). 3.6

Vom 30. Juli bis 27. August 2010 begab sich die Versicherte freiwillig in die stationäre Therapie der psychiatrischen Klinik K.____. Auslöser war gemäss Bericht der K.____ vom 11. März 2011 eine Verschlechterung der depressiven und Schmerzsymptomatik aufgrund der psychosozialen Belastungssituation wegen Konflikten mit dem Sohn. Die Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung damals mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Nach vielfältigen Therapien, der Installation einer pädagogisch-therapeutischen Familienhilfe und der Anpassung der Medikamente konnte die Versicherte in den teilstationären Behandlungsrahmen übertreten und schliesslich am 9. Oktober 2010 in deutlich gebessertem Zustand in die ambulante Betreuung austreten (Urk. 9/71/8).

Bereits ab 25. November 2010 trat die Versicherte erneut freiwillig in eine psychiatrische Klinik, ins Sanatorium L.____, ein, wo sie bis am 13. Januar 2011 blieb. Anstoss war laut Bericht vom 7. März 2011 der Wunsch der Versicherten nach einer Auszeit von zu Hause und den Schwierigkeiten mit dem Sohn, die wegen Stress und Überforderung zu einem depressiven Zustandsbild mit Suizidgedanken geführt hätten. Die Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, damals mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und sie berichteten von einer gebesserten Situation nach dem Klinikaufenthalt (Urk. 9/81). 3.

E. 7

.3

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten Dr. A.____ und PD Dr. B.____ fest, aus bidisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit, welche auf die eingeschränkte Funktion beider Knie Rücksicht nehme, ab 10. Oktober 2011 zu 50 % und ab spätestens 11. April 2012 zu 80 % zumutbar (Urk. 9/87). 3.

E. 8

Am 21. Dezember 2011 erfolgte eine Haushaltabklärung, über welche am 3. Januar 2012 berichtet wurde (Urk. 9/95). Unter Berücksichtigung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche ermittelte die Abklärungsperson eine Einschränkung im Haushalt um

36,6 % (Urk. 9/95/9). Dabei berücksichtigte sie die zumutbare Mitwirkungspflicht des teilweise zuhause lebenden, 1995 geborenen schulpflichtigen Sohnes (Urk. 9/95/5 ff.). Zur Qualifikation gab die Beschwerdeführer in anlässlich der Haushaltabklärung an, sie wäre bei guter Gesundheit zu 100 %

ausserhäuslich erwerbstätig. Falls sie wieder in der sehr strengen Tätigkeit als Haushalthilfe/Kinderbetreuerin/Unterhaltsreinigerin tätig wäre, jedoch nur zu 63 % (Urk. 9/95/4). Die Abklärungsperson gelangte in Würdigung des Pensums der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei als zu 63 % erwerbs- und zu 37 % im Haushalt tätig zu qualifizieren (Urk. 9/95/4). 3.

E. 9

Laut dem Bericht des Universitätsspitals M.____, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, vom 19. November 2012 erfolgte am 16. November 2012 eine totale Thyreoidektomie (Schilddrüsenentfernung) bei symptomatischer Struma multinodosa zweiten Grades (Urk. 9/121/2). Der Beschwerdeführerin wurde für die Zeit vom 16. bis zum 25. November 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 9/121/1). Vom 6. Juli bis 2. August 2013 begab sich die Versicherte in die psychiatrische Klinik N.____, wo eine rezidivierende depressive Störung mittelgradige bis schwere depressive Episode mit Suizidalität (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) diagnostiziert wurden (Urk. 9/131/1) und eine traumaspezifische Abklärung empfohlen wurde. Eine solche fand im August 2013 in der K.____ statt (Urk. 9/134/1). Die Ärzte diagnostizierten dort eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Differentialdiagnose Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, F62.0; Differentialdiagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline Typ, F60.31), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2; Differentialdiagnose schwere Episode mit psychotischen Symptomen, F33.3), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (F17.2). 3.

E. 10

.4, E. 3.11). Auch Dr. F.____, welcher die Operation vom 17. Oktober 2007 durchgeführt hatte, ging ursprünglich davon aus, drei bis vier Monate postoperativ werde wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegen, doch diese verzögerte sich in der Folge. Am 1. Dezember 2008 hielt er allerdings fest, eine sitzende, leicht belastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ganz tags zumutbar. Die Hausärztin nannte für das Attest der vollumfänglichen Erwerbsunfähigkeit primär psychische sowie psychosoziale Faktoren. Insgesamt liegen nach dem Gesagten keine Anhaltspunkte dafür vor, dass entgegen sämtlichen somatischen Gutachtern eine Einschränkung für eine leidensadaptierte Tätigkeit bestehen würde oder während längerer Zeit bestanden hätte. Auch der Operationsbericht vom 26. Oktober 2017 vermag keine solche darzutun, zumal eine Einschränkung der Belastbarkeit nur für sechs Wochen angegeben wurde.

Ebenso wenig bestand nach der Kreuzbandoperation rechts vom 1. Juni 2016 eine längere Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/179), weshalb die Einschätzung durch das E.____, wonach

während allerhöchstens drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 9/206/27), nicht zu beanstanden ist. Die E.____ -Gutachter erhoben ein korrektes postoperatives Ergebnis (Urk. 9/206/26). Vor dem Hintergrund der post operativen Residuen mit gewissen degenerativen Veränderungen , jedoch ohne Hinweise auf ein akutes Geschehen mit Ergussbildung, Rötung oder Überwärmung (Urk. 9/206/26), ist es nachvollziehbar, dass entsprechend der Beurteilung durch das E.____ eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht für körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Aktivitäten, bei welchen eine Hebe- und Trage limite von zehn Kilogramm nicht überschritten wird und keine überdurchschnittliche Belastung der Kniegelenke vorkommt, beispielsweise durch Knien und Kauern oder durch das regelmässige Begehen von Treppen und Leitern (Urk. 9/206/27).

Sodann konnten für die übrigen, diffus geschilderten Schmerzen keine eindeutigen objektivierbaren Korrelate gefunden werden (Urk. 9/206/26).

In Übereinstimmung damit hielten auch behandelnde Ärzte eine unzureichende Erklärbarkeit der geklagten Schmerzen fest (Urk. 9/43/10), und

es findet sich in den Akten auch mehrmals die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 9/84/9, Urk. 9/131/1), wobei die E.____ -Gutachter die weitergehenden körperlichen Beschwerden der larvierten Form der depressiven Störung zuordneten (Urk. 9/206/20). 4.2

Die

E.____ -Gutachter nannten als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/F33.1; Urk. 9/206/32).

Von sämtlichen Psychiatern ausser Dr. Z.____

wurde ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung oder eine andere psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Vor dem Hintergrund der diesbezüglichen Übereinstimmung ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin ein psychisches Beschwerdebild mit Krankheitswert - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine rezidivierende depressive Störung - vorliegt. Keine hinreichend gesicherten Diagnosen

sind dagegen diejenige der posttraumatischen Belastungsstörung und der weiteren von der K.____ geäusserten Differentialdiagnosen. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts bedarf die Herleitung und Begründung der Diagnose einer PTBS einer besonderen Aufmerksamkeit. Dies gilt zunächst für das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma. Dieses ist nicht in erster Linie und allein von der Gutachterperson bzw. vom Arzt selbst zu klären , aber von diesem zwingend zu referieren. Nebst der für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (BGE 142 V 342 E. 5.2.2, Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3.1).

Dr. R.____ vom E.____ verneinte diese Diagnose mit dem Hinweis darauf, dass keine Flashbacks, kein Gefühl des Betäubtseins und emotionaler Abstumpfung oder der

vegetativen Übererregung oder Schreckhaftigkeit vorhanden seien. Sodann könne bei einem längeren Ehekonflikt nicht von einem lebensbedrohlichen Ereignis von katastrophenartigem Ausmass ausgegangen werden. Sodann hätten weder die Gutachter B.____ noch die MEDAS-Gutachter diese Diagnose diskutiert (Urk. 9/206/17). Die abklärenden Ärzte der K.____ erwähnten eine wahrscheinliche Dauer von 15 Jahren, während der diese Diagnose bereits zu stellen sei. Als Trauma erwähnten sie die massivste Gewalt durch den Vater und den ersten Ehemann und wiederholte Vergewaltigungen in der 1. Ehe. Auch hielten sie die Kriterien von Albträumen, Flashbacks für gegeben (Urk. 9/134/2). Die erste Ehe der Beschwerdeführerin dauerte von 1988 bis 1999. Von eigentlichen Flashbacks oder Albträumen über die erwähnten Traumata, die gemäss ICD-10 zu den typischen Merkmalen bei der PTBS zählen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien, 9.A., F43.1 S.

207), wurde in keinen anderen Berichten der Fachärzte trotz jahrelanger Therapien und stationärer Hospitalisationen erzählt (Urk. 9/44, 9/58/6, 9/71, 9/83), so dass sich die Ärzte der K.____ im Bericht vom 28. August 2013 wohl ausschliesslich auf die Aussagen der Versicherten ihnen gegenüber stützten, was jedoch für die Annahme, dass diese Symptome bereits seit ca. 15 Jahren und damit seit Beginn der ersten Ehe vorhanden sein sollen, nicht zuverlässig und damit nicht überzeugend ist. Dr. R.____ äusserte damit zu Recht Zweifel an dieser Diagnose und verblieb wie die anderen Fachärzte bei derjenigen der rezidivierenden depressiven Störung, seiner Ansicht nach leicht- bis mittelgradige Episode. Unerheblich ist dabei, dass die diagnostischen Einschätzungen nicht vollständig übereinstimmen, ist doch letztlich nicht die genaue Diagnose, sondern allein entscheidend, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C_166/2013 vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2), respektive kommt es auf die konkreten Auswirkungen einer Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit an (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

Die Beschwerdeführerin machte auf Dr. R.____ in ihren Bewegungen einen müden und verlangsamten Eindruck, nachdem sie im Wartezimmer auf der Bank geschlafen hatte (Urk. 9/206/17). Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten in der grob klinischen Prüfung nicht beeinträchtigt. Konzentration und Aufmerksamkeit waren in etwas reduziertem Ausmass vorhanden. Im Affekt zeigte die Beschwerdeführerin eine deutlich bedrückte und weinerliche Stimmungslage (Urk. 9/206/18).

Der Gutachter hielt in nachvollziehbarer Weise fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Eigenaktivität bagatellisiere. Ein völliges Darniederliegen der Aktivitäten stellte er zu Recht in Frage, zumal ihr Therapie- und Arztbesuche möglich waren - namentlich Wassertherapie zweimal pro Woche (Urk. 9/206/14) -, sie ohne fremde Hilfe zur gutachterlichen Untersuchung anreisen konnte

(Urk. 9/206/14) und im selben Jahr ein Aufenthalt in der Türkei stattgefunden hatte. Auch war aus objektiver Sicht keine deutliche Beeinträchtigung im Antrieb erkennbar, da die Beschwerdeführerin während des Gesprächs sehr lebhaft argumentierte (Urk. 9/206/19). Dennoch hielt der Gutachter die Symptomdarstellung der Beschwerdeführerin für weitgehend authentisch (Urk. 9/206/22). Hauptsymptom waren die depressiven Verstimmungen, welche durch die Erinnerung an Gewaltanwendungen unterhalten würden. Die depressive Störung ist laut E.____ -Gutachter deutlich und über Jahre chronifiziert

(Urk. 9/ 206/20). Zusätzlich weist die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten eine Symptomausweitung mit hoher Passivität auf. Die Beeinträchtigung liege in Form einer Motivationslosigkeit vor (Urk. 9/ 206/21). Zudem führten die Gutachter eine erhöhte Müdigkeit und Erschöpfung sowie eine Einschränkung in der Kontaktfähigkeit auf die psychische Störung zurück (Urk. 9/ 206/33).

Dementsprechend gelangten sie zum Schluss, in einer angepassten einfachen Tätigkeit ohne Kundenkontakt sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um 20 % eingeschränkt (Urk. 9/ 206/33).

Von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 1.4) kann da her nicht Umgang genommen werden. 4.3

Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass im E.____-Gutachten eine Ressourcenprüfung vorgenommen worden sei (Urk. 1 S. 13). Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin ist die Überprüfung der höchst gerichtlich festgelegten Indikatoren durch den Rechtsanwender allerdings nicht erst nach erfolgter Beurteilung durch den medizinischen Sachverständigen zulässig. Im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls ist vielmehr entscheidend, ob eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Indikatoren aufgrund der Sachverhaltsfeststellungen im Gutachten möglich ist oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8).

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, 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. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, 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. 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).

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).

4.4.1

Bezüglich des Komplexes «Gesundheitsschädigung» in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist festzuhalten, dass laut dem psychiatrischen Teilgutachter eine deutliche depressive Störung vorliegt, welche sich über Jahre chronifiziert hat. Die bedrückte Stimmungslage erachtete er als leicht bis mittelschwer. Weitere Erscheinungsformen sind Schlafstörung, Grübeleien, Antriebslosigkeit, Inaktivität, Passivität, sozialer Rückzug, diffuse Schmerzen und intermittierend suizidale Gedanken (Urk. 9/206/20). Konzentration und Aufmerksamkeit waren anlässlich der Exploration in etwas reduziertem Ausmass vorhanden und die Beschwerdeführerin wirkte eher inaktiv und passiv, träge sowie im Affekt deutlich bedrückt und in weinerlicher Stimmungslage. Jedoch zeigte sich die Fähigkeit zur Modulation der Affekte erhalten. Sodann imponierten Auffassung und Gedächtnis in der grobklinischen Prüfung nicht beeinträchtigt. Ferner waren die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung intakt, und psychomotorisch imponierte die Beschwerdeführerin weder agitiert noch gehemmt

(Urk. 9/206/18). Bei der letzten stationären Behandlung in der K. ___ im Oktober/November 2015 waren Auffassung, Konzentration und Aufmerksamkeit ohne beobachtbare Mängel und es bestand kein klinischer Anhalt für relevante Gedächtnisstörungen. Formalgedanklich war die Versicherte geordnet, leicht verlangsamt, konnte dem Gesprächsverlauf jedoch gut folgen. Im Affekt war sie nachdenklich und etwas niedergeschlagen mit einem Gefühl des Versagens. Ein affektiver Rapport war herstellbar und die Beschwerdeführerin war schwingungsfähig und ohne Antriebsstörungen oder Änderungen des psychomotorischen Antriebs (Urk. 9/190/4).

Aus somatischer Sicht ist die Beschwerdeführerin lediglich bei kniebelastenden sowie bei schweren und andauernd mittelschweren Tätigkeiten limitiert (Urk. 9/206/33). Vor diesem Hintergrund ist der Gesundheitsschaden gesamthaft als leicht bis mittelschwer einzustufen.

Die Beschwerdeführerin befand sich verschiedentlich in freiwilliger psychiatrischer Hospitalisation, so vom 30. September bis 13. Oktober 2009 (Urk. 9/70/4), vom 30. Juli bis 26. August 2010 (Urk. 9/70/3), vom 25. November 2010 bis 13. Januar 2011 (Urk. 9/70/2), vom 6. Juli bis 2. August 2013 (Urk. 9/130-131), vom 11. Juni bis 31. August 2015

(Urk. 9/ 166 und Urk. 9/173/1) sowie vom 9. Oktober bis 26. November 2015 (Urk. 9/ 171/2 und Urk. 9/190/3) ,

wobei sie mit ihrem im November 2010 angetretenen Klinikaufenthalt ein «Time-out» bezweckte, respektive zur Ruhe kommen wollte (Urk. 9/ 81/2) und auch sonst mehrheitlich psychosoziale Umstände Anlass für die Eintritte waren. Im Jahr 2009 wirkte die Versicherte bereits beim Eintritt in die Klinik V.____ nur leicht depressiv und konnte dann leicht stimmungsaufgeheitet wieder entlassen werden (Urk. 9/ 85/2). Im Jahr 2010 trat sie in - im Vergleich zum Eintritt - deutlich gebessertem Zustand aus der K.____ aus (Urk. 9/ 71/8). Auch während ihres Aufenthalts in der N.____

im Jahr 2013 vermochte sie an Antrieb zu gewinnen und positive Stimmung aufzubauen (Urk. 9/ 130/3). Im Jahr 2015 konnte durch Medikamenteneinstellung in derselben Klinik rasch eine Stabilisierung erzielt werden (Urk. 9/ 173/1), welche auch beim Austritt aus der K.____ , wohin sie weiter überwiesen worden war, noch vorhanden war (Urk. 9/ 173/3). Beim letzten stationären Aufenthalt im Oktober/November 2015 konnte mittels einer leichten Erhöhung der antidepressiven Medikation (Cymbalta) ebenfalls eine affektive Aufhellung erreicht werden (Urk. 9/ 190/5). Zwischen den stationären Behandlungen hatte die Beschwerdeführerin auch ambulante psychiatrische Behandlungen wahrgenommen, mit Terminen alle zwei bis drei Wochen (Urk. 9/ 84/5). Ende 2016 war offenbar Dr. I.____ zuständig für die antidepressive Medikation , über deren Einstellung sie am 5. Dezember 2016 berichtete . Die letzte Untersuchung hatte zuvor am 13. September 2016 stattgefunden (Urk. 9/ 186/3). Anlässlich der E.____ -Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, zweimal pro Woche eine Traumatherapie beim Psychologen

lic . phil. W.____ wahrzunehmen (Urk. 9/ 206/16) , welcher mit Dr. I.____ zusammenarbeitet (Urk. 9/ 175) . Eine ambulante Anbindung der Beschwerdeführerin an die K.____ bestand hingegen nicht (Urk. 9/218/14). Bei der durch Dr. A.____ veranlassten Analyse fanden sich von den vier in ihrem Blut beziehungsweise Urin geprüften Medikamenten einzig Spuren des Antihypertensivums

Enatec . Die übrigen drei Medikamente (Antidepressivum Cymbalta , Schmerzmittel Brufen und Beruhigungsmittel Xanax) fehlten gänzlich. Daraus schloss Dr. A.____ , dass die Beschwerdeführerin vom Cymbalta schon mehrere Einnahmeterminale verpasst hatte (Urk. 9/ 83/45 f. , Urk. 9/83/52) . Auch anlässlich der Begutachtung in der MEDAS D.____

lag der Medikamentenspiegel für Duloxetine (Cymbalta) deutlich unter dem therapeutischen Bereich (Urk. 9/ 149/23) , obwohl die Beschwerdeführerin ausgeführt hatte, nur die Medikamente würden ihr helfen (Urk. 9/ 149/18) . Andere Antidepressiva nahm die Beschwerdeführerin mangels Bedarfs nicht ein (Urk. 9/ 83/37, Urk. 9/84/9, Urk. 9/84/15). Es ist daher von einer zwischenzeitlich zweifelhaften medikamentösen Compliance auszugehen , respektive von einem Zusammenhang zwischen unzureichender Medikamenteneinnahme und therapieresistentem Verlauf (Urk. 9/ 83/50). Bei der E.____ -Begutachtung lagen die Medikamenten-Serumspiegel der Fluctine hingegen im Referenzbereich und die Kooperation der Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Therapie wurde nicht beanstandet

(Urk. 9/ 206/22). Angeregt wurde die Umstellung auf ein schlafanstoßendes Antidepressivum (Urk. 9/ 206/ 20 , Urk. 9/206/22 , Urk. 9/206/34) .

Unter den Komorbiditäten sind sodann der Status nach Problemen in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) sowie der Status nach vermutetem sexuellem Missbrauch (ICD-10 Z61.4; Urk. 9/206/19) zu berücksichtigen, da diesen Gegebenheiten eine ressourcenhemmende Wirkung bei zu messen ist, zumal die biographische Entwicklung mit mehrfacher Gewalterfahrung das Leben der Beschwerdeführerin massgeblich geprägt hat. Diese Problematik widerspiegelt sich aktuell in einer emotionalen Instabilität mit Affektinkontinenz und einem deutlich subjektiven Leidensbild (Urk. 9/206/21, BGE 143 V 418 E. 8.1). 4.4 .2

Beim Komplex «Persönlichkeit» ist ebenfalls auf die soeben genannte Persönlichkeitsentwicklung und deren Auswirkungen hinzuweisen. Die Beschwerdeführerin weist sodann infolge der psychischen Erkrankung allgemein eine Motivationslosigkeit auf (Urk. 9/206/21). Als vorhandene Ressource ist der enge Kontakt zu einer benachbarten Freundin zu sehen, bei welcher die Beschwerdeführerin zeitweise wohnt und welche die Beschwerdeführerin bei der Haushaltsführung unterstützt (Urk. 9/206/21, Urk. 9/206/14). Belastend wirkt sich die psychische Erkrankung des Sohnes der Beschwerdeführerin aus (Urk. 9/206/21). 4.4 .3

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin sich zumindest teilweise sozial zurückgezogen hat, wobei der Rückzug auch auf die unvollständige Integration (Urk. 9/206/34, Urk. 9/149/25) zurückzuführen sein könnte. Dennoch hat die Beschwerdeführerin eine offenbar enge Freundin, welche sie stark unterstützt

und sie vorübergehend bei sich aufgenommen hat (Urk. 9/206/17, Urk. 9/206/21).

Zu ihren Kindern besteht grundsätzlich ein guter Kontakt (Urk. 9/206/17), wenn auch kein häufiger (Urk. 9/206/24). Zudem pflegt die Beschwerdeführerin seltenen Kontakt zu ihren in der Türkei lebenden Geschwistern (Urk. 9/206/16, Urk. 9/206/24). Insgesamt verfügt sie zumindest über ein gewisses soziales Netz, welches als eine begünstigende Ressource angesehen werden kann. 4.4 .4

Zur Kategorie «Konsistenz» ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung durchs E. ___

angegeben hat, «gar nichts» zu machen (Urk. 9/206/23). Dadurch bagatellierte sie ihre Eigenaktivität, denn sie nahm

viele Therapie- und Arzttermine wahr, so zweimal pro Woche Traumatherapie und zweimal pro Woche Wassertherapie

(Urk. 9/206/14, Urk. 9/206/16, Urk. 9/206/19, Urk. 9/206/22). Auch in die Türkei reist sie offenbar noch regelmässig, so auch in der ersten Jahreshälfte 2017

(Urk. 9/206/19). Dies obwohl ihre Mutter zwischenzeitlich

- spätestens im Jahr 2013

- verstorben ist

(Urk. 9/130/2, Urk. 9/149/17) und sie bei PD Dr. B. ___ noch angegeben hatte, es handle sich nicht um Ferien, sondern sie gehe eigentlich nur in die Türkei, um ihre Mutter zu besuchen, weil diese vielleicht nicht mehr so lange lebe (Urk. 9/84/7).

Laut ihren eigenen Angaben hat die Beschwerdeführerin früher gerne gelesen (Urk. 9/206/29), fühlt sich aber nun mangels Konzentrationsfähigkeit nicht mehr in der Lage dazu (Urk. 9/ 206/14 , Urk. 9/206/29) .

Bei früheren Begutachtung en hatte sie noch angegeben, früher regelmässig Spaziergänge unternommen zu haben (Urk. 9/ 58/6) beziehungsweise früher gerne Musik gehört zu haben (Urk. 9/ 149/45) und früher noch Kolleginnen gehabt zu haben (Urk. 9/ 149/17) . Ansonsten berichtete sie nicht über frühere Freizeitaktivitäten, welche sie aufgeben hätte. Hinzu kommt, dass angesichts der obgenannten Bagatellisierung der Eigenaktivitäten fraglich ist, ob sie wirklich nicht mehr liest, Musik hört, spazieren geht etc. Demzufolge ist der Freizeitgestaltung der Beschwerdeführerin kein allzu grosses Gewicht beizumessen.

Sodann wurde sowohl anlässlich der Begutachtung durch Dr. A.____ und PD Dr. B.____ (Urk. 9/ 83/45 f., Urk. 9/83/52)

als auch anlässlich jener in der MEDAS D.____

(Urk. 9/ 149/23) festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente unzureichend einnahm. Dazu gab sie einmal an, das Antidepressivum Remeron sowie das Beruhigungsmittel Xanax habe sie schon eine Weile nicht mehr gebraucht

(Urk. 9/ 83/37) . Beim anderen Mal hatte sie indes angegeben, nur Medikamente würden ihr helfen, weshalb sie die Psychotherapie abgebrochen habe (Urk. 9/ 149/18). Die Akten lassen nach dem Gesagten insgesamt auf einen nicht allzu grossen

krankheitsbedingten Leidensdruck schliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2019 vom 13. August 2019 E. 3.4.2) . Dies trotz der vorstehend erwähnten Klinikaufenthalte, da diese teilweise nicht direkt wegen des psychischen Leidens, sondern eher wegen der psychosozialen Situation erfolgten (Urk. 9 / 81/2 , Urk. 9/ 131/2) .

Die Beschwerdeführerin zeigte anlässlich der Begutachtungen mehrfach ein gewisses verdeutlichendes Verhalten (Urk. 9/58/7, Urk. 9/ 84/11 , Urk. 9/206/22) sowie eine Symptomausweitung (Urk. 9/ 206/21) und bei der neuropsychologischen Testung während ihres letzten stationären Klinikaufenthalts in der K.____ fiel eine Tendenz zur Aggravation auf (Urk. 9/ 190/5). 4.5

In Anbetracht der leicht bis mittelmässig ausgeprägten Befunde, der belastenden biographischen Entwicklung , der gewissen Verdeutlichungstendenzen bei jedoch teilweise sozialem Rückzug

und reduziertem Aktivitätsniveau im privaten Lebensbereich lässt sich die gutachterlich angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % auch mit Blick auf die Standardindikatoren nachvollziehen. Denn letztere weisen ebenfalls auf eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hin . Demnach rechtfertigt es sich nicht, aus juristischer Sicht von dieser medizinischen gutachterlichen Beurteilung abzuweichen.

Sodann ist in Bezug auf den Einwand der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 13) festzuhalten, dass dem E.____ -Gutachten zwar keine so bezeichnete konkrete Beurteilung der Indikatoren zu entnehmen ist, es jedoch die dafür benötigten Grundlagen

liefert.

Da nach dem Gesagten sämtliche Teilgutachten des E.____ -Gutachtens vom 25. September 2017 beweiskräftig sind und das zusammenfassende Gesamtgutachten vor dem

Hintergrund der schlüssigen Teilgutachten plausibel ist, ist von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (Urk. 8/184/99). Dafür, dass die Gutachter bei ihrer interdisziplinären Beurteilung das Zusammenwirken der gestellten Diagnosen unzureichend gewürdigt hätten (vgl. den Einwand in Urk. 1 S. 7-8 und S. 17-18), fehlen Anhaltspunkte. 4. 6

Zu prüfen bleibt die Frage, ab wann die gestützt auf die Exploration vom August 2017 (Urk. 9/206/2) festgelegte 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gilt. Gemäss E.____-Gutachten besteht die Einschränkung - abgesehen von vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeiten während der Klinikaufenthalte - schon seit mehreren Jahren in etwa demselben Ausmass. Im Vergleich zum Gutachten der MEDAS D.____ liegt laut E.____-Gutachten keine wesentliche Veränderung vor (Urk. 9/206/19, Urk. 9/206/34). Im Vergleich zum Gutachten von PD Dr. B.____ ebenfalls nicht (Urk. 9/206/19, Urk. 9/206/20). In Übereinstimmung damit gingen die Gutachter der MEDAS D.____ von einem im Vergleich zur Begutachtung durch PD Dr. B.____ unveränderten Zustand aus (Urk. 9/149/29, Urk. 9/149/32). Sie hielten fest, die genannte Arbeitsfähigkeit bestehe aus psychiatrischen Gründen spätestens seit August 2007 (Urk. 9/149/31). Dr. I.____ erachtete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin am 4. Juli 2012 sowie am 13. Februar 2013 als unverändert, namentlich nicht verbessert (Urk. 9/117 und Urk. 9/123/2). Am 13. September 2013 führte sie aus, die depressive Störung sei schwerer geworden (Urk. 9/133/8), wobei sich aus dem Bericht der N.____ vom 26. August 2013 ergibt, dass die Beschwerdeführerin sich aufgrund eines Stellenangebots in der Türkei zusätzlich belastet gefühlt habe, was zur Exazerbation geführt haben könnte (Urk. 9/131/2). PD Dr. B.____ hielt fest, im Vergleich zur Begutachtung durch Dr. Z.____

seien aktuell nur einzelne Befunde etwas pathologischer ausgefallen (Urk. 9/84/20). Sodann würden Anhaltspunkte für eine Verschlechterung seit April 2011 fehlen (Urk. 9/84/22). Nach dem Gesagten kam es nie zu einer nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb - abgesehen von den Klinikaufhalten - auch in der Vergangenheit mindestens eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestand. 4. 7

Die Beschwerdeführerin wandte ein, der Gutachter PD Dr. B.____ habe ihr eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 1 S. 5).

Hierbei ist zu beachten, dass ärztlicherseits substantiiert darzulegen ist, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Bei rezidivierenden depressiven Entwicklungen genügt es nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 145 V 361 E. 4.3 mit Hinweisen).

PD Dr. B.____

folgte bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit den Richtlinien der Swiss Insurance Medicine (SIM), gemäss welchen offenbar bei einer mittelgradigen depressiven Episode Funktionseinbussen in der Höhe von 50% (Urk. 9/84/12) und bei einer leichten depressiven Episode Einbussen in der Höhe von 20%

anzunehmen sind (Urk. 9/84/14).

Er diskutierte zwar die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Befunde, dies aber primär in Bezug auf eine Übereinstimmung mit den Empfehlungen der SIM. Beispielsweise hielt er fest, bei der 50%igen Einbusse gemäss SIM seien die erhöhte Ermüdbarkeit, die Antriebsminderung sowie die reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt, wobei diese spezifischen Einbussen auch von der Beschwerdeführerin berichtet worden seien (Urk. 9/84/12-13). Des Weiteren nahm er anhand der objektiven Parameter, welche die innerpsychische Vitalität abbilden, Bezug auf den Schweregrad der depressiven Störung (Urk. 9/84/13). Insgesamt ist seine Beurteilung dadurch insofern zu schematisch, als hauptsächlich der diagnostizierte Schweregrad der Depression überprüft wurde und dann von diesem direkt - entsprechend den Richtlinien der SIM - auf die Arbeitsunfähigkeit eines bestimmten Grades geschlossen wurde.

Nach dem Gesagten vermag das Gutachten von PD Dr. B.____ keine Zweifel an der Beurteilung durch die Experten des

E.____ zu erwecken. 4. 8

Des Weiteren wandte die Beschwerdeführerin ein, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt, indem sie nicht auf ihren Einwand betreffend Indikatorenprüfung bei Depression eingegangen sei (Urk. 1 S. 10).

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b).

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung fest, dass sie die im E.____-Gutachten festgehaltene Arbeitsfähigkeit auch aus juristischer Sicht - anhand von Indikatoren wie Ressourcen und Konsistenz - für korrekt halte (Urk. 2 S. 2). Damit legte sie die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte dar, auf welche sie sich beschränken durfte. Der Beschwerdeführerin war es möglich, auf der Grundlage der angefochtenen Verfügung ihr Anliegen im Beschwerdeverfahren sachgerecht vorzutragen, was sie denn auch tat. Folglich geht dieser Einwand der Beschwerdeführerin fehl. 5.

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