

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00674 vom 28. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00674](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00674)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00674 du 28 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00674 del 28 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022.

Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Hier ist das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 13. November 2015 (Eingangdatum) zu beurteilen. Allerdings ist es – wie die nachfolgenden Erwägungen (E. 4.2.2 f.) zeigen – mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_312/2023 vom 31. Januar 2024 E. 5.2.1 mit Hinweis) erstellt, dass eine Entstehung des

Rentenanspruchs

erst nach dem 1. Januar 2022

in Frage

kommt. Die gesetzlichen Bestimmungen werden nachfolgend, soweit nicht anders vermerkt, in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung zitiert.

### E. 1.2

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 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). 1. 3

Gemäss Art. 27 bis Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen folgende Invaliditätsgrade zusammengezählt: a.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27 bis Abs. 2 IVV: a.

das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, hochgerechnet; b.

das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst; c.

die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird gemäss Art. 27 bis Abs. 3 IVV: a.

der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt; b.

der Anteil nach Buchstabe a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 2 Buchstabe c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet. 1. 4

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades

auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad

seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität

zu bejahen, und hier nach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_234/2023 vom 4. September 2023 E. 1.2, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a). 1. 5

1. 5.1

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). 1. 5. 2

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

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 1.

### **E. 1.3**

Daraufhin begann die IV-Stelle mit den Abklärungen zu den psychiatrischen Behandlungen der Versicherten. Von

Dr. med.

G.\_\_\_\_, welcher Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ist und über Weiterbildungen in psychosomatischer und psychosozialer Medizin und delegierte Psychotherapie verfügt ([www.medregnom.admin.ch](http://www.medregnom.admin.ch), besucht am

### **E. 6**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28

Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

## E. 7

. 3

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 1.

## E. 8

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheidungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). 2. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2023 führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, dass die Beschwerdeführerin am 13. November 2015 (erneut) ein Gesuch um Ausrichtung von Invalidenleistungen gestellt habe.

Gemäss der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. K. \_\_\_ sei die Beschwerdeführerin

wegen einer leichten Einschränkung im Funktionsniveau in ihrer bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin seit Dezember 2015 zu 20 % arbeitsunfähig.

Die erwerbliche Einschränkung von 20 % entspreche vorliegend dem Invaliditätsgrad. Die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, da dieser erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 %

bestehe (Urk. 2 S. 1). 2.2

Dem hält die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, dass die behandelnde Psychiaterin in ihren Berichten mehrfach und begründet dargelegt habe, dass sich ihr Gesundheitszustand massgeblich verschlechtert habe und dass sie in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei ( Urk. 1 S. 6 ). Während der Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ von einer lediglich leichten depressiven Episode und einer Agoraphobie mit leichten Einschränkungen für Tätigkeiten mit Publikumsverkehr ausgegangen sei, habe Dr. M.\_\_\_\_ im Ver laufs bericht vom 4. März 2023 ( Urk. 7/179) an den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Agoraphobie mit Panikstörung, einer dissoziativen Störung sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psy chi schen Faktoren festgehalten ( Urk. 1 S. 3). Entgegen den Ausführungen des RAD habe die behandelnde Psychiaterin in ihren Berichten sehr wohl psycho patholo gische Befunde aufgeführt, anhand welcher sich eine vollständige Arbeitsunfä higkeit für jegliche Erwerbstätigkeit nachvollziehen lasse ( Urk. 1 S. 5). Sie sei von Dr. K.\_\_\_\_ am 5. Mai 2021 (vgl. Urk. 7/166/2) untersucht worden. Seither habe sie im Jahr 2022 zwei Suizidversuche unter nom men und drei stationär-psy chiat rische Behandlungen absolviert

( Urk. 1 S. 6 ). Die Beschwerde gegnerin habe die Austrittsberichte zu den Hospitalisationen vom 8. bis 20. Mai 2022 und vom 30. September bis 14. Oktober 2022 nicht eingeholt. Der RAD habe dies bei seinen Stellungnahmen vom 3. Januar und 2. August 2023 offenbar übersehen ( Urk. 1 S. 4). Die Ver schlechte rung

der Gesundheitssituation habe zur Folge gehabt, dass die KESB O.\_\_\_\_ habe eingeschaltet werden müsse n . Dies dokumentiere, dass sie auch im Aufgaben bereich eingeschränkt sei. Sie sei nicht nur vollständig erwerbsun fähig, sondern mittlerweile auch ausser Stande, ihre familiären Auf ga ben zu bewältigen. Dies sei mitentscheidend, da sie ohne die Gesundheits beein träch tigung teilzeiter werbstätig wäre ( Urk. 1 S. 6). Zur Bestim mung des Invalidi täts grades komme vorliegen d demnach die gemischte Bemes sungsmethode zur Anwendung ( Urk. 1 S. 6-7). Nach dem Gesagten müsse kons tatiert werden, dass d as Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 16. Juni 2021

( Urk. 7/166) überholt sei . Es sei für eine abschliessende Leistungsprüfung nicht geeignet. Es sei weiter zur rügen, dass die Akten der Beschwerdegegnerin unvoll ständig seien. Trotz eines entspre chen den Antrag s seien die Akten der KESB O.\_\_\_\_ nicht beigezogen worde n, obwohl daraus Erkennt nisse zur Beeinträchtigung im Aufgabenbereich hätten gewonnen werden können ( Urk. 1 S. 4, S. 6 ). Zudem fehle ein leserlicher aktueller neurologischer Befund des behandelnden Neuro logen Dr. P.\_\_\_\_

( Urk. 1 S. 4, S. 6 ). Es müsse weiter moniert werden, dass die Beschwerdegegnerin seit dem Jahr 2010 keine neuen Abklärungen zum Verhält nis von Erwerbs tätig keit und Tätigkeit im Aufgabenbereich mehr vorgenommen habe. Auch diese Ab klä rungen seien längst überholt, zumal sie in den Jahren 2011 und 2020 noch zwei weitere Kinder geboren habe ( Urk. 1 S. 7). Der Sachverhalt erweise sich demzufolge als ungenü gend abgeklärt. Die Sache sei antragsgemäss an die Beschwerdegegnerin zurück zu weise n , damit sie die notwen digen Abklärungen vornehme und über ihren Leis tungsanspruch neu verfüge ( Urk. 1 S. 7). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob bei der Beschwerdeführerin seit ihrer Neuanmeldung vom 13. November 2015 eine anspruchserhebliche Invalidität eingetreten ist. 3. 3.1

Der Weisung im Rückweisungsurteil vom 19. Dezember 2019 entsprechend, hat die Beschwerdeführerin zunächst ihre Akten vervollständigt und anschliessend das psychiatrische Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 16. Juni 2021 eingeholt, worin die bis zum Zeitpunkt der Begutachtung aktenkundigen Berichte zusammengefasst wurden (Urk. 7/166/4-32). 3.2

### 3.2.1

Dr. A.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 23. Juli 2020 die folgenden Diagnosen auf (Urk. 7/147/4): - Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) - Dissoziative Störung gemischt (ICD-10: F44.7) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0) - Status nach Autounfall im Mai 2008 mit HWS Distorsionstrauma und cervicoccephalem Symptomenkomplex 3.2. 2

Bezüglich Prognose zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. A.\_\_\_\_ Folgendes aus: Die Beschwerdeführerin sei seit vielen Jahren in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der H.\_\_\_\_ AG (Urk. 7/147/4). Die Behandlung sei im Hinblick auf die angeführten Erkrankungen im ambulanten Setting eigentlich mehr oder weniger ausgeschöpft und eine Verbesserung der Beschwerden nicht wirklich zu erwarten (Urk. 7/147/4-5). Es gehe vielmehr darum, einer Verschlechterung entgegen zu wirken, sodass die

Behandlung am ehesten im Sinne einer supportiven und begleitenden Therapie zu verstehen sei.

Gegenwärtig müsste bei schwer depressivem Zustandsbild auch ein stationär-psychiatrischer Aufenthalt

erwogen werden. Mittelfristig sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter, als auch in

angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/147/5). 3.3 3.3.1

Dr. K.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 16. Mai 2021 unter anderem fest, dass aufgrund der Aktenlage, der Eigenanamnese und des klinisch-pathologischen Befundes die Diagnose einer rezidivierenden

depressiven Störung mit aktuell leichtgradiger Ausprägung

plausibel sei (Urk. 7/166/53). 3.3.2

Der Gutachter führte weiter aus, dass rein formal klassifikatorisch zusätzlich die Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie diskutiert werden

könne. Hierbei sei allerdings zu beachten, dass gewisse agoraphobische Symptome und auch vereinzelte Panikattacken sehr häufig Teil einer depressiven Erkrankung seien und gemäss ICD-10 dann unter dieser subsumiert werden

sollten. Die ICD-10 gebe explizit vor, dass die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung

nicht gestellt werden soll, wenn diese das klinische Bild nicht sehr klar dominieren.

Dies sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall. Zwar gebe es bei der Beschwerdeführerin anhand der Eigenanamnese vereinzelte Panikattacken (einmal in zwei

Wochen), diese seien jedoch nicht derart gravierend ausgeprägt, dass hier zusätzlich die Diagnose einer Panikstörung zu stellen wäre

( Urk. 7/1 66 /53) .

Analog verhalte

es sich mit der Einschätzung zur Agoraphobie

( Urk. 7/1 66 /53) . Die Beschwerdeführerin beklage zwar gewisse agoraphobische Symptome, diese seien jedoch nicht extrem ausgeprägt

( Urk. 7/ 166 /53-54) .

Bei extremer Ausprägung würden die Betroffenen häufig ihre Wohnung gar nicht mehr

verlassen , manche Betroffene seien

aufgrund ihrer Agoraphobie

sogar ans Bett gefesselt.

Eine derart schwere Ausprägung liege bei der Beschwerdeführerin eindeutig nicht vor. Die Beschwerdeführerin

verlasse durchaus noch das Haus, sie fahre Auto, fliege in den Urlaub, usw.

Somit sei die agoraphobische Symptomatik einerseits nicht extrem stark ausgeprägt und andererseits auch noch willentlich überwindbar . Aus diesem Grund könne die separate Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung nicht gestellt werden ( Urk. 7/ 166 /54) .

Dr. K.\_\_\_\_

äusserte sich ferner dahingehend, dass er die vordiagnostizierte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigen könne, weil die Kriterien gemäss ICD-10 nicht vollumfänglich erfüllt seien ( Urk. 7/ 166 /54). Bei der Beschwerdeführerin könne auch keine dissoziative Störung diagnostiziert werden ( Urk. 7/ 166 /54-55). Dissoziative Störungen würden als der Verlust oder eine Veränderung von Bewegungsfunktionen oder -empfindungen definiert . Dies sei von der Beschwerdeführerin

– auch auf

Nachfragen – nicht berichtet worden . Schliesslich könne die Diagnose einer nichtorganischen

Insomnie nicht gestellt werden , da die von der Versicherten berichteten Schlafstörungen zwanglos durch die Depression erklärt werden könnten. Die Diagnose

nichtorganische Insomnie sei

nicht ICD-10-konform und auch inhaltlich nicht sinnvoll

( Urk. 7/ 166 /55) . 3.3.3

Dr. K.\_\_\_\_ hielt sodann fest, dass anhand des klinisch gutachterlichen Befundes eine leichte Depression zu

diagnostizieren sei. Der Affekt sei bei der Beschwerde führerin nur leicht gedrückt gewesen. Die Schwingungsfähigkeit zum positiven Pol sei reduziert, jedoch nicht aufgehoben gewesen. Auffassung,

Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien unauffällig gewesen. Der Antrieb sei in der Untersuchung nicht vermindert gewesen. Es habe sich eine normale Vitalität und Reagibilität gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe

eigenanamnestisch über depressive Zusatzsymptome

berichtet. Diese liessen sich jedoch aus gutachterlicher Sicht nicht überprüfen. Die Beschwerdeführerin sei auf dezidiertes Nachfragen häufig vage und unbestimmt geblieben, sodass aus gutachterlicher Sicht Zweifel an der Authentizität der berichteten Beschwerden entstanden seien.

Eine erhebliche Inkonsistenz bestünde bezüglich der Angabe der Beschwerdeführerin, wegen Angst und Panik

regelmässig täglich grössere Mengen des Beruhigungsmittels Lorazepam einzunehmen, weil der Drogenscreen des Urins, der

sehr sensitiv sei, für Benzodiazepin negativ gewesen sei. Die folgende Begebenheit sei ebenfalls auffällig gewesen:

Die

Beschwerdeführerin habe beim Untersuchungsgespräch betont,

dass sie regelmässig grössere Mengen des Beruhigungsmittels Temesta

(welches Lorazepam enthält, vgl. [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch), besucht am 6. März 2024) einnehme. Daraufhin habe sie bei der Untersuchung eine Unruhe präsentiert, dann demonstrativ eine Tablette Temesta

eingenommen, woraufhin sich die Unruhe sistiert habe. Dieses Verhalten habe nicht authentisch gewirkt, insbesondere nicht im Zusammenhang mit dem negativen Benzodiazepin-Screen im Urin (Urk. 7/166/55). Unplausibel sei auch, dass die Beschwerdeführerin den Namen ihrer Psychiaterin nicht habe benennen können, obwohl sie angegeben habe, regelmässig dort zu sein, jedoch auch nicht ungefähr habe sagen können, wann sie zuletzt dort gewesen sei, und auch auf dezidiertes Nachfragen keine genaueren Angaben zu der Therapie habe machen können (Urk. 7/166/57). 3.3.4

Dr. K.\_\_\_\_ führte weiter aus, dass bei der Beschwerdeführerin nur wenige berufliche Ressourcen beständen. Sie habe nur eine geringe Schulbildung, keine abgeschlossene Ausbildung und sie sei seit 2008 nicht mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig gewesen. Auf dem psychiatrischen Fachgebiet beständen zum jetzigen Zeitpunkt nur wenige Funktions- und Fähigkeitsstörungen (Urk. 7/147/62). Die leichte depressive Episode führe zu einer leichtgradigen Reduktion des allgemeinen psychophysischen Restleistungsvermögens (Urk. 7/147/62-63). Die Agoraphobie führe zu leichteren Einschränkungen für Tätigkeiten mit Publikumsverkehr, insbesondere konfrontativen Publikumsverkehr. Darüber hinaus beständen aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen für das berufliche Restleistungsvermögen (Urk. 7/166/63). Bezüglich der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin bestehe eine Einschränkung

von maximal 20 % bezogen auf ein 100%-Pensum, mit 100 % Rendement

( Urk. 7/ 166 /63 ) . Gestützt auf das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ sei dieses Restleistungsvermögen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit September 2017 anzunehmen. Die Berichte von Dr. A.\_\_\_\_ seien nicht plausibel und die Diagnosen nicht schlüssig dargelegt. Ihrer Einschätzung , wonach die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei, könne somit nicht gefolgt werden . Der Bericht des Internisten Dr. Z.\_\_\_\_ vom Dezember 2015 enthalte keinen lege artis erhobenen psychopathologischen Befund. Das von Dr. Z.\_\_\_\_ angegebene « schwere invalisierende Zervikalsyndrom » schein e ausgeheilt zu sein und die von ihm beschriebenen « schweren Schmerz zustände » beständen nicht mehr . Jedenfalls seien diese Beschwerden von der Beschwerdeführerin bei der aktuellen Untersuchung spontan nicht berichtet und auf Nachfrage verneint worden . Es sei – bei inkompletter Information – überwiegend wahrscheinlich, dass die Einschränkung für die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin von 20 % ( bezogen auf ein 100%-Pensum ) seit Dezember 2015 bestehe ( Urk. 7/ 166 /6 4 ) . In einer angepassten Tätigkeit bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen auf ein 100 % -Pensum mit 100 % Rendement seit Dezember 2015 . Eine angepasste Tätigkeit sei eine Tätigkeit ohne hochgradigen und/oder konfrontativen Publikumsverkehr ( Urk. 7/166/65). Zum Schluss führte der Gutachter aus, dass es bezüglich der Haushaltstätigkeiten aus psychiatrischer Sicht keine gesundheitlichen Einschränkungen gebe ( Urk. 7/166/66). 3.4 Im Austrittsbericht vom 3. März 2022 zur ersten Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Q.\_\_\_\_ , H.\_\_\_\_ AG, vom 24. Februar bis 1. März 2022 wurde unter anderem festgehalten, dass die Beschwerdeführerin per fürsorglicher Unterbringung (FU) bei Selbstgefährdung eingetreten sei ( Urk. 7/189/17). Bei Eintritt habe sie von chronischen Suizidgedanken mit Ideen vor den Zug oder vor ein Auto zu springen, ausgeprägten Angstzuständen, dissoziativen Zuständen, depressive Verstimmung mit Antriebsmangel, innerer Unruhe, Gedankenkreisen, Appetitverlust sowie von Ein- und Durchschlafstörungen und von sozialem Rückzug berichtet . Sie habe zudem geäußert, dass sie sich Zuhause von dunklen Schatten verfolgt fühle und manchmal eine Stimme höre, die sie auffordere, sich das Leben zu nehmen. Die Symptomatik sei als schwere depressive Episode bei bekannter Rezidivierung der depressiver Störung interpretiert worden . Differential diagnostisch sei auch eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen in

Frage gekommen. Die Beschwerdeführerin habe jedoch während des Aufenthalts im Stimmzentrum hören oder Schattensehen verneint.

Des Weiteren hätten sich Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstruktur mit dem

Gefühl innerer Leere, häufigen Anspannungszuständen, immer wieder auftretenden Suizidgedanken

und teilweise bestehendem Selbstverletzungsdrang gezeigt (Urk. 7/189/18). In den Sitzungen seien unter anderem ein

Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten erklärt und eine Analyse der aktuellen

Tagesstruktur der Patientin zu Hause thematisiert worden. Durch die Einnahme der abgegebenen Medikation habe sich der Nachtschlaf deutlich verbessert. Die Beschwerdeführerin sei im Kontakt weniger nervös und ängstlicher erschienen. Sie habe angegeben, dass sie sich durch den Aufenthalt entlastet fühle. Im Verlauf hätten sich keine Hinweise auf eine akute Selbst- und Fremdgefährdung gezeigt. Man habe deshalb dem Wunsch der Beschwerdeführerin, die Behandlung im ambulanten Setting fortsetzen zu können, stattgeben können. Sie sei am 1. März 2022 in stabilisiertem Zustand in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen worden (Urk. 7/189/1

## **E. 9**

). 3.5

Dr. M. \_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 4. März 2022 fest, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Agoraphobie mit Panikstörung, einer dissoziativen Störung sowie einer chronischen Schmerzstörung im Zentrum N. \_\_\_ der H. \_\_\_ AG in ambulanter sozialpsychiatrischer Behandlung sei. Sie nehme seit September 2021 am teilstationären Angebot in der Tagesklinik in R. \_\_\_ mit zwei halben Tagen pro Woche teil. Zudem sei die medikamentöse Therapie mit Venlafaxin angepasst worden, indem die Dosis auf 300mg erhöht worden sei. Zwar habe eine Laborkontrolle gezeigt, dass der Medikamentenspiegel für Venlafaxin über dem oberen Referenzwert sei, bei den bestehenden depressiven Beschwerden sei die Dosis dennoch beibehalten worden. Eine weitere medikamentöse Behandlung mit einem zweiten Antidepressivum/Stimmungsstabilisator oder etwas Ähnlichem sei in Erwägung gezogen worden. Am 23. Februar 2022 habe die Beschwerdeführerin einen Suizidversuch durch Tabletteneinnahme unternommen. Danach sei sie im Spital S. \_\_\_

hospitalisiert worden. Daraufhin sei sie bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode im Rahmen einer FU in der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, H. \_\_\_ AG, hospitalisiert worden. Die Beschwerdeführerin sei sehr bemüht, das therapeutische

Angebot wahrzunehmen, dennoch bestünden aufgrund der erwähnten psychischen Erkrankungen und der langjährig bestehenden Grunderkrankungen deutliche gesundheitliche

Einschränkungen, sodass es auch in dem eher niederschweligen tagesklinischen Angebot zu

wie derholten krankheitsbedingten Absenzen gekommen sei.

Zudem benötige die Beschwerdeführerin sehr viel

Unterstützung bezüglich Strukturierung von Abläufen und die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt. Entgegen der

Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ sei

in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Beschwerdeführerin sei vielmehr weiterhin zu 100 %

arbeitsunfähig ( Urk. 7/179/1 ). 3. 6

Im Bericht vom 3. Mai 2022 wies

Dr. M.\_\_\_\_ insbesondere darauf hin, dass die antidepressive

Medikation optimiert und durch Surmontil ergänzt worden sei. Der regelmässige Temestakonsum

habe gestoppt werden können. Aktuell zeige sich tendenziell wieder eine Verschlechterung der depressiven

Beschwerden mit intermittierenden Suizidgedanken, eine

Aufdosierung von Surmontil werde neben wirkungsbedingt nicht toleriert. Wahrscheinlich werde ein zweiter stationärer Eintritt in die Klinik H.\_\_\_\_ notwendig werden. Die Behandlungsfrequenz sei früher etwa einmal alle 4-8 Wochen gewesen, aktuell zweiwöchentlich ( Urk. 7/183/2 -3 ). 3. 7

Im Arztbericht der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, H.\_\_\_\_ AG, vom 9. Dezember 2022

betreffend stationäre Behandlung vom 30. September bis 14. Oktober 2022 (Krisenintervention) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten ( Urk. 7/192/4):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3): - Suizidversuch mit Lorazepam im Jahr 2020 - Venlafaxin-Intoxikation in suizidaler Absicht im Februar 2022 - Suizidversuch durch Ertrinken im Greifensee im Mai 2022 - Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10: F44.7) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei Status nach Autounfall im Mai 2008 mit HWS-Distorsionstrauma, seitdem chronische Kopfschmerzen - Low Dose Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2) - Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Anteilen (ICD-10: Z73) - Migräne (ICD-10: G43.8) - Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 ( ICD-10: N18.2, Erstdiagnose [ED]: Februar 2022)

Für die Dauer der stationären Behandlungen (24. Februar bis 1. März 2022, 8. bis 20. Mai 2022 und 30. September bis 14. Oktober 2022) sei der Beschwerde führe rin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Arbeitstätigkeiten attestiert worden ( Urk. 7/192/2). 3.8

Im Verlaufsbericht vom 4. Mai 2023 gab Dr. M.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Mai 2022 weiter verschlechtert. Es sei zu zwei erneuten stationären Hospitalisationen in der H.\_\_\_\_ AG gekommen ( vom 8. bis 20. Mai 2022 und vom 30. September bis 14. Oktober 2022). Die ambulante Behandlung werde in einem Rhythmus von alle vier bis sechs Wochen weitergeführt, in Krisenmomenten häufiger. Die

Beschwerdeführerin werde ein mal pro Woche durch die Psychiatrie-Spitex unterstützt. Es sei seitens der KESB ein Entlastungsdienst bezüglich Kinderbetreuung

/

KiTa sowie eine Be i stand schaft für die Kinder eingerichtet worden (Urk. 7/202).

#### 4. 4.1

Bezüglich der somatischen Gesundheitsstörungen der Beschwerdeführerin erwog das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2018.00340 vom 19. Dezember 2019, es sei unter den Parteien unbestritten, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht – im Vergleich zum Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 30. November 2010 (Urk. 7/32) zugrunde lag – keine wesentliche Verschlechterung erfahren habe. An dieser Stelle kann auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden

(Urk. 7/117/11-12). Werden sodann die Arztberichte betrachtet, welche die Beschwerdeführerin nach der Rückweisung zur weiteren Abklärung zu den Akten genommen hat, so ist zunächst der Beurteilung der H. \_\_\_ AG zu den schlafspezifischen Befunden vom 9. März 2017 zu entnehmen, dass die Schlafstörung in einem starken Zusammenhang mit den vorbestehenden psychiatrischen Diagnosen stehe (Urk.

7/136/2). Des Weiteren kann anhand der Akten festgestellt werden, dass der Allgemeinmediziner Dr. I. \_\_\_

am Schluss seiner Zusammenfassung der Behandlungen in der Zeitperiode von Dezember 2014 bis Oktober 2018 anlässlich des

Telefongesprächs vom 7. August 2020 ausführte, dass ihm insgesamt nichts Besonderes aufgefallen sei. Die Beschwerdeführerin sei zuletzt im Oktober 2018 wegen Husten in seiner Praxis gewesen (Urk. 7/148). Aktenkundig ist ferner, dass

die Beschwerdeführerin am 25.

Februar 2019 wegen einer Perianalvenenthrombose in der Notfall-Chirurgie des Spital S. \_\_\_ unter sucht wurde. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführerin damals nicht attestiert (Urk. 7/189/9). Und wegen der am 31. März 2019 aufgetretenen Rückenschmerzen wurde die Beschwerdeführerin von den auf der interdisziplinären Notfallstation des Spitals T. \_\_\_ tätigen Ärztinnen nur für vier Tage (31.

März bis 3.

April 2019) zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/189/11).

Alsdann ist im Bericht der H. \_\_\_ AG zwar von einer chronischen Nierenkrankheit, Stadium 2 (ED: Februar 2022), die Rede (E. 3.7), dabei muss es sich aber nur um die milde Niereninsuffizienz handeln, welche bei den Routineuntersuchungen während der stationären psychiatrischen Behandlung vom 24. Februar bis 1. März 2022 festgestellt wurde (Urk. 7/189/19).

Aus dem Bericht von

Dr. Z. \_\_\_ vom 5. Juli 2022 ergibt sich eben falls nicht, dass sich die somatischen Befunde seit der – hier zum Vergleich heranzuziehenden – Untersuchung in der Medas

B. \_\_\_ GmbH vom 27. Februar 2017 (Urk. 7/81/2) wesentlich und dauernd verändert haben. Die sehr unspezifisch gehaltenen Ausführungen des

Hausarztes der Beschwerdeführerin

lauten so, dass die sie aktuell sehr starke Schmerzen habe und «seit jeher» zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/187/2). Schliesslich ergibt sich aus dem Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ vom 23. März 2023, dass der Neurologe der Beschwerdeführerin bislang noch keine Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt hat (Urk. 7/198/4). Die Schlussfolgerung zum somatischen Gesundheitszustand im Urteil IV.2018.00340 vom 19. Dezember 2019 trifft somit weiterhin zu. 4.2

#### 4.2.1

In psychischer Hinsicht galt es für die Beschwerdegegnerin zunächst die gemäss Rückweisungsentscheid vom 19. Dezember 2019 erforderlichen Abklärungen

(Urk. 7/117/18-19)

zu tätigen, was sie nach Lage der Akten

auch getan hat. Mit Blick auf diese Akten vermag die Zusammenfassung der Abklärungsergebnisse durch Dr. J.\_\_\_\_ vom 10. August 2020 (Urk. 7/168/4-5) ebenso zu überzeugen, wie ihr Fazit, dass die Akten nunmehr vollständig seien (Urk. 7/168/5). Letzteres blieb seitens der Beschwerdeführerin – soweit ersichtlich – unbeanstandet. Es ist ferner festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2021 (Urk. 7/166) den von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen

genügt (E).

1.7.1) Dr. K.\_\_\_\_ erstellte sein Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Urk. 7/166/4-32). Er untersuchte die Beschwerdeführerin am 5. Mai 2021 persönlich (Urk. 7/166/2) und erfragte dabei auch deren Beschwerden (Urk. 7/166/32-34). Die Herleitung der von ihm gestellten Diagnosen (Urk. 7/166/53-57) und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 7/166/63-65) sind schlüssig und überzeugend. Dies gilt ebenfalls für seine Auseinandersetzung mit den früheren Berichten und Gutachten (Urk.

7/166/47-53). Zum Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2016 hielt Dr. K.\_\_\_\_ mit einer nachvollziehbaren Begründung fest, weshalb die Diagnosen Agoraphobie und Panikstörung, dissoziative Störung sowie somatoforme Schmerzstörung nicht gestellt werden können (Urk. 7/166/48-49, s. a. E. 3.3.2 hiervor). Nach Durchsicht der weiteren Berichte der behandelnden Psychiaterin,

dem Verlaufseintrag zur tagesklinischen Behandlung vom 8. Februar bis 29. März 2016 sowie des Berichts zur stationären Behandlung vom 14. bis 18. Mai 2019 im Reha-Zentrum U.\_\_\_\_

gelangte der Gutachter zum Schluss, dass sich daraus keine neuen psychopathologischen Befunde beziehungsweise keine neuen Aspekte ergeben würden (Urk. 7/166/51-53).

Anders als Dr. E.\_\_\_\_ zuvor (vgl. Urk.

7/117/18), lagen Dr. K.\_\_\_\_ nunmehr sämtliche Berichte vor, welche zu den früheren psychiatrischen Behandlungen und Untersuchungen verfügbar sind. Anhand dieser Unterlagen nahm Dr. K.\_\_\_\_ eine

überzeugende retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 7/166/64) vor. 4.2.2

Diesbezüglich darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass sich die Beschwerdeführerin am 13. November 2015 (Eingangsdatum) wieder zum Leistungsbezug angemeldet hat, woraus sich wiederum ableitet, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente frühestens am 1. Mai 2016 ( Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG in der bis 31. Januar 2021 gültig gewesenen Fassung) hätte entstehen können. Dabei wäre zusätzlich vorausgesetzt gewesen, dass die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis 31. Januar 2021 gültig gewesenen Fassung) bestanden hat. Ferner hätte sie gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG (in der bis 31. Januar 2021 gültig gewesenen Fassung) nach Ablauf des Wartjahres auch zu mindestens 40 % invalid ( Art. 8 ATSG) sein müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_595/2019 vom 5. November 2019 E.

7.3). Gemäss der überzeugenden Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_

war die Beschwerdeführerin

seit Dezember 2015 in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin zu 20

% (bezogen auf ein 100%-Pensum)

eingeschränkt

(Urk. 7/166/64). In einer angepassten Tätigkeit – d.h. in einer Tätigkeit ohne hochgradigen und/oder konfrontativen Publikumsverkehr

– war die Beschwerdeführerin ab demselben Zeitraum überwiegend wahrscheinlich zu 100 %

arbeitsfähig. Bezüglich der Haushaltstätigkeiten bestanden aus psychiatrischer Sicht keine gesundheitlichen Einschränkungen (E. 3.3.4). Am 1. Mai 2016 war somit noch kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden.

Die von Dr. K.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit gilt mindestens bis zu dessen Untersuchung vom 5. Mai 2021. 4.2.3

In den Akten finden sich jedoch auch Hinweise darauf, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

nach der Untersuchung durch

Dr. K.\_\_\_\_

vom 5. Mai 2021 (Urk. 7/166/2) und vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2023

(Urk. 2) verschlechtert haben könnte. Dabei sticht insbesondere ins Auge, dass die Beschwerdeführerin nach Suizidversuchen stationär behandelt werden musste (E.

3.4, E.

3.7).

RAD- Psychiater

Dr. L.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Juli 2022 zu den im Einwandverfahren eingereichten Unterlagen fest, dass von der behandelnden Psychiaterin erneut, wie auch schon in den Vorberichten, von einer Verschlechterung des psychischen Befundes berichtet worden sei. Jedoch fehle ein psychopathologischer Befund ebenso wie genaue Angaben zum stationären Aufenthalt im Februar 2022. Diesbezüglich sei kein Austrittsbericht

vorhanden. Anhand der Unterlagen sei keine wesentlich länger dauernde Veränderung des Gesundheitsschadens plausibel belegt (Urk. 7/210/4).

Nach Eingang des fehlenden Austrittsberichts sowie weiterer medizinischer Unterlagen führte RAD-Psychiater

D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2023 zusammengefasst aus, dass die von der Beschwerdeführerin berichteten konstanten und bildhaften optischen Halluzinationen (vgl. E. 3.4) als psychotisches Symptom in dieser Ausgestaltung untypisch seien und eher der laienhaften Vorstellung von einer psychotischen Symptomatik entsprechen. Ebenso untypisch sei die Remission einer als schwer diagnostizierten Depression mit psychotischen Symptomen nach wenigen Tagen und Entlassung der Beschwerdeführerin aus der Klinik (vgl. E. 3.4). Alle weiteren Diagnosen seien ebenfalls nicht anhand objektiver Befunde belegt worden. Im Bericht der Tagesklinik werde die Behandlung mit zweimal je ein Halbtage pro Woche bei krankheitsbedingtem Ausfall angegeben. Weder der geringe Ausprägungsgrad der Erkrankung noch die Behandlung würden neben den bereits erwähnten Widersprüchen die Diagnose unterstützen (Urk. 7/210/5). Die in den vorliegenden Dokumenten genannten intrafamiliären Konflikte könnten die kurzfristigen Hospitalisationen im Rahmen einer Anpassungsstörung (keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ein schränkender Gesundheitsschaden)

erklären (Urk. 7/210/5-6). Nähere Auskünfte dazu würden nicht vorliegen. Es könne auf die Beurteilung in der RAD-Stellungnahme vom 20. Juli 2022 verwiesen werden (Urk. 7/210/6). In seiner Stellungnahme vom 2. August 2023 hielt RAD-Psychiater D.\_\_\_\_ namentlich fest, die Dokumentation zum Entscheid der KESB «vom 29.8.2023» (gemeint ist vermutlich der Entscheid vom 29. September 2022 [Urk. 7/197], vgl. Verweis auf «ELAR 14.3.2023») bestätige die psychosoziale Problematik. Es werde auf die vorhergehenden Stellungnahmen des RAD verwiesen (Urk. 7/210/7).

Diese Aktenbeurteilungen des RAD vermögen nicht zu überzeugen. Es trifft zwar zu, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, zumal die behandelnde Psychiaterin — wie der RAD vermerkte — bereits in früheren Stellungnahmen von einer Verschlechterung des psychischen Zustands berichtete und eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Ebenso wenig lässt sich jedoch feststellen, dass

unter Berücksichtigung der Berichte der H.\_\_\_\_ AG (vgl. E. 3.4 ff.) sowie der beiden Entscheide der KESB O.\_\_\_\_ vom 29. September 2022 (Urk. 7/197) und vom 11. Mai 2023 (Eingang am 27. September 2023 und damit nach der letzten RAD-Stellungnahme vom 2. August 2023; Urk. 7/209) seit der Untersuchung durch Dr. K.\_\_\_\_

vom 5. Mai 2021 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine erhebliche Verschlechterung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (in der Erwerbstätigkeit und im Aufgabenbereich) eingetreten ist.

Es ist daher daran zu erinnern, dass der

im Sozialversicherungsverfahren vorherrschende Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Abs. 1 bis ATSG) die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig ausschliesst. Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu

Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_765/2020 vom 4. März 2021 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 427 E. 3.2). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_257/2018 vom 24. August 2018 E. 3.3.2 mit Hinweis). Bei den Stellungnahmen der RAD-Psychiater fehlt zudem eine schlüssige Auseinandersetzung mit dem psychopathologischen Befund im Bericht der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, H. \_\_\_ AG, vom 9. Dezember 2022 (Urk. 7/192/3, vgl. E. 3.7).

RAD-Psychiater D. \_\_\_ stellt seine Beurteilung anstelle derer der behandelnden Psychiater; mit der von ihm angeführten Anpassungsstörung stellte er eine eigene Diagnose, ohne die Beschwerdeführerin selber untersucht zu haben (vgl. zum Beweiswert von Aktenurteilen des Bundesgerichts 9C\_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 und 8C\_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4, je mit Hinweisen).

#### 4.2.4

Aus den genannten Gründen kann auf die Beurteilungen der versicherungsinterne(n) Ärzte nicht abgestellt werden. Nach wie vor gilt zudem, dass eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben behandelnder Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf deren auftragsrechtliches Verhältnis zur versicherten Person im Streitfall kaum je in Frage kommen (Urteil IV.2018.00340 vom 19. Dezember 2019 E. 4.3, Urk. 7/117/20). Da es an einer überzeugenden Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Untersuchung durch Dr. K. \_\_\_ vom 5. Mai 2021 fehlt, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückweisen, damit sie den Sachverhalt durch die Einholung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens abkläre und hernach neu verfüge. Da es auch um eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geht, hat die Beschwerdeführerin vorgängig ihre Akten auf Vollständigkeit hin zu prüfen und nötigenfalls zu vervollständigen, wobei insbesondere ein Beizug der Akten der KESB angezeigt erscheint und kein Bericht über die stationäre Behandlung vom 8. bis 20. Mai 2022 aktenkundig ist.

Mit dem Verlaufsgutachten ist vorzugsweise wieder Dr. K. \_\_\_

zu betrauen. Wenn sich auf Grund der neuen Begutachtung Einschränkungen bei der Tätigkeit im Aufgabenbereich ergeben, hat die Beschwerdegegnerin eine neue Abklärung an Ort und Stelle (Haushaltabklärung) durchzuführen.

Die Beschwerde vom 11. Dezember 2023, mit welcher die Beschwerdeführerin die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung beantragt hat (Urk. 1 S. 2), ist somit gutzuheissen. 5.

#### 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V

57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis). 5.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.3

Die vertretene Beschwerdeführerin hat überdies Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nach pflichtgemäßem Ermessen auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) festzulegen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. November 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
HurstHübscher

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