

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01360 vom 6. November 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01360](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01360)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01360 du 6 novembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01360 del 6 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den 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).

### **E. 1.2**

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

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und

8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.4**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtssprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E.

5.4 mit Hinweis).

### **E. 1.5**

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs.

### **E. 1.6**

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 mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

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

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbs Tätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

### **E. 1.8**

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

### **E. 1.9**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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

### **E. 2**

). Am 22. Dezember 2016 zog die Beschwerdeführerin ihr Begehren um unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) zurück (Urk. 6)

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Februar 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 20. März 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, die psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung habe ergeben, dass sich gegenüber der Vorbegutachtung vom Oktober 2011 eine unveränderte Situation darstelle. Auf das Gutachten vom 15. März 2016 könne abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe nie ein 100%iges Pensum ausgeübt, weshalb es nicht plausibel sei, sie als Vollerwerbstätige zu

qualifizieren. Es werde wie bisher die gemischte Methode angewendet. Eine Haushaltabklärung werde nicht durchgeführt, da die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Stationshilfe sowie in einer angepassten Tätigkeit weiterhin voll arbeitsfähig sei. Da ihr weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar sei, werde kein Leidensabzug gewährt (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, auf das Gutachten vom 15. März 2016 könne nicht abgestellt werden, da es ohne Kenntnis der Befunde des Röntgeninstituts Zürich vom 17. März 2011 erstellt worden sei (S. 9 Ziff. 2.1). Die seit langem bekannte Acromioclaviculare (AC)-Arthrose, welche bei geringer Belastung symptomatisch werde, sei nicht im Gutachten erwähnt worden (S. 9 Ziff. 2.2). Anstatt auf ihr ängstliches Verhalten Rücksicht zu nehmen, seien die von ihr geklagten Schmerzen zu Unrecht als „diffus“ eingestuft worden (S. 10 Ziff. 2.3). Sie leide an einer Spondylarthritis, und die Ausführungen des Gutachters zum Morbus Behçet seien unzutreffend (S. 10 f. Ziff. 2.4.1-2.4.2). Auch die behandelnde Psychiaterin könne die im Gutachten gezogenen Schlussfolgerungen nicht teilen, und es liege eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes vor (S. 12 f. Ziff. 2.5, Ziff. 3.1-3). Die gemischte Methode dürfe nicht zur Anwendung kommen, und man dürfe sie nicht aufgrund der von ihr gewählten Rollenverteilung in der Ehe bestrafen (S. 14 Ziff. 4.1). Angesichts der prekären finanziellen Lage der Familie und der vielen offenen Stellen im Pflegebereich sei es überwiegend wahr scheinlich, dass sie im Gesundheitsfall ihr Pensum erhöht hätte (S. 14 Ziff. 4.2). Sofern die gemischte Methode zur Anwendung komme, habe zwingend eine Haushaltsabklärung zu erfolgen (S. 15 Ziff. 4.3.2). Weiter sei in Anbetracht ihres fortgeschrittenen Alters ein Leidensabzug zu gewähren (S. 16 Ziff. 5.2).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob seit dem Erlass der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. April 2013 (Urk. 9/101 ) bestätigten Verfügung der IV-Stelle vom 26. Januar 2012 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist, und wie es sich mit der Statusfrage verhält. 3.

### **E. 3**

IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre ( Art. 27 bis IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und

die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ( BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgabenbereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E).

### **E. 3.1**

Abgestellt wurde im Rahmen des Erlasses der

letzten anspruchsverneinenden Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Januar 2012 (Urk. 9/92), beziehungsweise im Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. April 2013 (Urk. 9/101)

auf das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten der Klinik Z.\_\_\_\_ vom Juni respektive August 2011 (Urk. 9/72, Urk. 9/75) sowie auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. August 2010 (vgl. Urk. 9/46/3-4, Urk. 9/101 E. 4.3). Im rheumatologischen Teilgutachten der Klinik Z.\_\_\_\_ konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (Urk. 9/75 S. 21 Ziff. 5.2). In psychiatrischer Hinsicht wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Somatisierung respektive eine chronifizierte Depression (ICD-10 F32.9) und ein chronisches Schmerzsyndrom im Sinne einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F54.4) genannt und von einer auf 60 % reduzierten Arbeitsfähigkeit ausgegangen (Urk. 9/46/3-4 S. 2, Urk. 9/72 S. 9 Ziff. 4.1, S. 10 Mitte).

Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob seither eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

### **E. 3.2**

Im Rahmen der Neuanmeldung zum Leistungsbezug am 7. Mai 2015 (Urk. 9/105) gingen die folgenden medizinischen Berichte ein :

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 16. September 2014 (Urk. 9/104/5-6) nach am 11. September 2014 durchgeführtem MRI der gesamten Wirbelsäule und der Iliosakralgelenke ( ISG) aus, es habe sich eine bilaterale Sakroiliitis mit chronischen Veränderungen (Erosionen) beidseits bei aktuell nur minimaler entzündlicher Aktivität rechts kranial gezeigt. Es hätten keine Hinweise für eine aktive Entzündung im Bereich der Halswirbelsäule ( HWS ), Brustwirbelsäule ( BWS ) und Lendenwirbelsäule ( LWS ) bestanden sowie eine leichte Osteochondrose der unteren

HWS, vorwiegend C6/7 (S. 1 unten f.).

### **E. 3.3**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Bericht vom 26. Januar 2015 (Urk. 9/104/7-8) als Diagnose eine Spondylarthritis (Differentialdiagnose Morbus Behçet bei positivem HLA-B 51). Dr. von B.\_\_\_\_ führte aus, sie habe die Patientin zuletzt am 26. Januar 2015 in ihrer Sprechstunde gesehen. Die MRI Untersuchung habe eine bilaterale Sakroiliitis gezeigt und die Verdachtsdiagnose einer Spondylarthritis bestätigt (S. 1).

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 7. Juli 2015 (Urk. 9/109) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) bei ängstlich-wahnhaft anmutenden Symptomen latenter Suizidalität - ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 16. Dezember 2010 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 6. Juli 2015 erfolgt (Ziff. 1.2). Die Patientin sei aus rein psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Sie sei bereits bei den Alltagsanforderungen im häuslichen Rahmen überfordert und für alle Tätigkeiten arbeitsunfähig (Ziff. 1.7).

Die Beschwerdeführerin habe im bisherigen Verlauf leider nicht aus ihrer depressiven Entwicklung herausgefunden, sondern sei immer depressiver geworden. Sie leide an einer chronisch verlaufenden depressiven Störung, aktuell schwere depressive Episode, bei ängstlich-wahnhaft anmutenden Symptomen, gekennzeichnet durch psychophysiologische Erscheinungsformen wie motorische Spannung, vegetative Übererregbarkeit, Erwartungsangst und Hypervigilanz. Sie klage weiterhin über starke Rücken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in allen Gelenken. Zusätzlich leide sie an Schlafstörungen, innerer Unruhe, Kraftlosigkeit, Erschöpfung, Morgentief, sozialer Rückzug und es bestehe eine latente Suizidalität. Wegen ihrer Angst werde sie von ihrem Ehemann engmaschig betreut (Ziff. 1.4).

### **E. 3.5**

Dr. von B.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 12. Juli 2015 (Urk. 9/110/7-9) als Diagnose eine Spondylarthritis, Differentialdiagnose Morbus Behçet (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 9. September 2014 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 7. Mai 2015 erfolgt (Ziff. 1.2). Dr. von B.\_\_\_\_ führte aus, es bestehe seit erster Konsultation bei ihr am 9. September 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für leichte, mittelschwere und schwere Tätigkeiten (Ziff. 1.6).

Die Patientin sei als Schwesternhilfe im Spital tätig gewesen. Bei dieser Arbeit komme es häufig zu körperlichen Anstrengungen mit Heben und Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg sowie Bücken bei Arbeiten in ungünstigen Positionen. Bei einer aktiven Spondylarthritis seien diese Tätigkeiten stark eingeschränkt, dies durch die Schmerzen an den peripheren Gelenken. Auch das lange Sitzen oder Stehen sei für die Versicherte sehr anstrengend, denn die Schmerzen seien in Ruhe am stärksten. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Durch die medikamentöse Behandlung der Entzündung

könne eine Erleichterung der Schmerzen erreicht werden, mechanische Einschränkungen blieben jedoch weiterhin bestehen (Ziff. 1.8).

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Ärztlichen Zeugnis vom 22. Januar 2016 (Urk. 9/122) aus, er behandle die Versicherte in seiner Funktion als Hausarzt. Die heutige Untersuchung habe eine erneute Verschlechterung der rheumatologischen Problematik mit entzündlichen Gelenkveränderungen und starker Schmerzunahme gezeigt, die schon seit Dezember bestünden und zu einer Verstärkung der vorbestehenden depressiven Symptomatik mit Schlaflosigkeit, unproduktiver Nervosität und Gedächtnisstörungen oder Vergesslichkeit führten. Aufgrund dieser Problematik sei es zur Nichtwahrnehmung des Termins vom 18. Januar 2016 beim psychiatrischen Gutachter gekommen.

### **E. 3.7.1**

Med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, stellten in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 8. und 15. März 2016 (Urk. 9/129-130) zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/130 S. 14 f. Ziff. 9 lit. A1): - anhaltendes depressives Zustandsbild aktuell mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.1), medikamentös unzureichend behandelt - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vor dem Hintergrund einer massiven Kränkung durch Kündigung mit diesbezüglich dysfunktionaler Fehlverarbeitung (ICD-10 F54) mit/bei: - akzentuierter Persönlichkeit mit ängstlich-abhängigen Zügen und aktuell sekundär deutlichen Aggravationstendenzen im Rahmen einer dysfunktionalen Fehlentwicklung

Aus rheumatologischer Sicht konnten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 15 lit. A2). Als rheumatologische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom ohne klares somatisch organisches Korrelat (S. 15 lit. B2).

Rheumatologisch sei die Explorandin für körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich bei aktuell unzureichender medikamentöser Behandlung und diesbezüglich nicht erreichtem medizinischen Endzustand zum Beurteilungszeitpunkt eine maximal ableitbare Arbeitsunfähigkeit von 40 % (S. 15 lit. C).

### **E. 3.7.2**

Dr. F.\_\_\_\_ führte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 8. März 2016 (Urk. 9/129) aus, die klinische Untersuchung der ausgesprochen klagenden und weinerlichen Versicherten sei erschwert und die passive Untersuchung des Bewegungsapparates aufgrund von sofortigem aktivem und starkem Gegenhalten und Abwehrreaktionen nicht möglich. Im Bereich des ganzen Körpers finde sich eine diffuse Dolenz bei bereits minimalem Palpationsdruck, oft auch nur schon beim Auflegen der Finger ohne jeglichen Druck. Zudem fänden sich in der klinischen Untersuchung diverse Diskrepanzen zwischen gezielter Untersuchung und Beobachtungen bei abgelenkter Versicherten (S. 15 Mitte).

Die Differentialdiagnose eines Morbus Behçet könne mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, da keine für diese Krankheit typischen Symptome nachweisbar

sein oder vorgängig in den Akten beschrieben worden seien. Die Positivität für das HLA-B51-Merkmal für sich alleine rechtfertige diese Diagnose in keiner Weise (S. 15 unten f.).

Auch die Diagnose einer Spondylarthritis müsse stark bezweifelt werden (S. 16 oben). Die klinische Symptomatik der Versicherten mit dem ausgedehnten, praktisch nicht modulierten Ganzkörperschmerz und der diffusen, am ganzen Körper bestehenden massiven Schmerzhaftigkeit bereits bei geringster Berührung, sei dagegen in keiner Weise typisch für das Vorliegen einer Spondylarthropathie. Auch die MRI-Befunde sprächen aus seiner Sicht nicht für das Vorliegen einer seronegativen

Spondylarthropathie. Während der MRI-Befund an der gesamten Wirbelsäule bis auf eine geringe Degeneration im cervikalen Segment C6/7 völlig unauffällig sei, zeigten sich an beiden ISG vereinzelte erosive Veränderungen und eine gewisse subchondrale Sklerosierung, welche jedoch nicht pathognomonisch für eine Spondylarthropathie seien. Eindeutige akute entzündliche Veränderungen im Sinne einer ISG-Arthritis fänden sich dagegen nicht, auch die neben den Erosionen typischerweise zu findenden produktiven Knochenveränderungen der ISG mit knöcherner Überbrückung des Gelenkspaltes bestünden nicht. Schliesslich sei das HLA-B27 negativ, so dass insgesamt aufgrund der Symptomatik, der Klinik sowie den radiologischen und labor-mässigen Abklärungen die Diagnose einer seronegativen

Spondylarthropathie nicht gestellt beziehungsweise mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne (S. 16 Mitte).

Schliesslich zeigten auch die übrigen Laborabklärungen bis auf den bekannten Vitamin D-Mangel und eine höchstens grenzwertige Erhöhung der Blutsenkungsreaktion keine Auffälligkeiten, so dass auch andere entzündliche rheumatische, internistische oder endokrinologische Erkrankungen als Ursache der chronischen Schmerzproblematik ausgeschlossen werden könnten.

Somit könne an der früheren Diagnose einer chronischen generalisierten Schmerzkrankung ohne somatisch-organisches Korrelat (Rheumaklinik Universitätsspital G.\_\_\_\_, Gutachten des Medizinischen Zentrums H.\_\_\_\_; Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinik Z.\_\_\_\_) festgehalten werden. Die Versicherte zeige ein in den objektiven Befunden inadäquates Schon- und Vermeidungsverhalten mit auch deutlich demonstrativen Zügen (S. 16 unten f.). Dr. F.\_\_\_\_ hielt weiter fest, die von Dr. von B.\_\_\_\_

gestellten Diagnosen seien aus seiner Sicht nicht nachvollziehbar (S. 17 oben).

Bei seit dem Jahr 2006 unverändert bestehenden subjektiven Beschwerden und auch unveränderten objektiven Befunden halte er die Versicherte aufgrund der objektivierbaren Befunde zumindest medizinisch-theoretisch für eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit aus rein rheumatologischer Sicht arbeitsfähig. Die subjektiv von der Versicherten empfundene Unfähigkeit zu jeder körperlichen Betätigung, sei dies im Rahmen einer auch leichten Erwerbstätigkeit oder jeglichen Haushaltstätigkeiten, müsse in erster Linie auf ein nicht adäquates Schon- und Vermeidungsverhalten zurückgeführt werden und lasse sich nicht mit einer somatischen Erkrankung begründen (S. 17 Ziff. 7).

### **E. 3.7.3**

In seinem psychiatrischen Gutachten (Urk. 9/130/1-14) führte med. pract . E.\_\_\_\_ aus, in Übereinstimmung mit der letzten Vorbegutachtung und der aktuellen Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin, könne auch im Rahmen der vorliegenden Abklärung ein anhaltendes depressives Zustandsbild bestätigt werden. Aufgrund der objektivierten Befundlage und unter zusätzlicher Berücksichtigung der deutlichen Demonstrations- und Aggravationstendenzen, sei der objektiv abzuleitende Schweregrad als maximal mittelgradig zu gewichten. Das Zustandsbild sei - wegen unzureichender Einnahme - aktuell medikamentös nicht adäquat behandelt, diesbezüglich ergebe sich keine Veränderung zur Situation bei der Vorbegutachtung im Oktober 2011 (S. 12 Mitte).

Med. pract . E.\_\_\_\_ führten aus, darüber hinaus seien vor dem Hintergrund der massiven innerpsychischen Konfliktdynamik durch die kränkend erlebte Kündigung der letzten Arbeitsstelle im Spital J.\_\_\_\_ und unter Berücksichtigung der rheumatologischen Beurteilung die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) erfüllt. Diesbezüglich liege eine dysfunktionale chronifizierende Fehlentwicklung bei nach wie vor unverarbeiteter Konfliktdynamik mit massiven Auswirkungen auf die Beschwerdedarstellung und das Verhalten der Explorandin vor.

Persönlichkeitsstrukturell fänden sich Hinweise für ängstlich-abhängige Züge mit aktuell zusätzlichem Einfluss auf die Beschwerdedarstellung und das Verhalten der Explorandin, die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen und der eigenen Exploration zur biographischen und beruflichen Entwicklung nicht erfüllt (S. 12 unten f.).

Psychopathologisch sei die Explorandin im Rahmen des depressiven Krankheitsgeschehens durch einen reduzierten Antrieb, eine verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung und eine traurige Grundauslenkung mit emotionaler Instabilität und verminderter Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit beeinträchtigt. Zusätzlich einflussnehmend sei ein undifferenziertes chronifiziertes Schmerzerleben im Kontext der Konfliktdynamik aus der Vorgeschichte im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (S. 13 oben).

Funktionell resultierten eine verminderte Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit, Anpassungs- und Interaktionsfähigkeit und eine eingeschränkte Flexibilität insbesondere bezogen auf Arbeits- und Gruppenprozesse, darüber hinaus liege eine kognitive Leistungsminderung vor.

Unter dem Titel „Abwägung/Konsistenz/Arbeitsfähigkeit“ führte med. pract . E.\_\_\_\_ aus, kritisch abgewogen werden müsse das objektivierbare psychopathologische Zustandsbild gegenüber den nicht primär versicherungsmedizinisch zu gewichtenden Aggravations- und Verdeutlichungstendenzen im Rahmen der jahrelang chronifizierten Fehlentwicklung und Fehlverarbeitung der zu Grunde liegenden Konfliktdynamik im Kontext der Kränkung durch den Verlust der letzten Arbeitsstelle. Darüber hinaus müsse berücksichtigt werden, dass das massgeblich limitierend zu gewichtende depressive Krankheitsgeschehen in Übereinstimmung mit der Situation bei der Vorbegutachtung im Jahr 2011 weiterhin nicht adäquat antidepressiv medikamentös behandelt sei. Es müsse diesbezüglich von einer fehlenden beziehungsweise maximal unregelmässigen Einnahme der verordneten Antidepressiva ausgegangen werden (S. 13 Mitte).

Aus fachärztlich psychiatrischer Sicht könne aktuell objektiv weiter eine leicht- bis maximal zeitweise mittelgradige Leistungseinschränkung bezogen auf das angestammte

Tätigkeitsprofil als Helferin im Stationsalltag ohne schwere körperliche Arbeiten und ohne hohe intellektuelle Anforderungen angenommen werden.

Diesbezüglich stelle sich eine gegenüber der Vorbegutachtung vom Oktober 2011 unveränderte Situation mit einer psychiatrisch maximal 40%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf das angestammte Tätigkeitsprofil oder denkbare Verrichtungen dar. Aufgrund der prinzipiellen Behandel- und Besserbarkeit könne medizinisch-theoretisch unter optimierter Behandlung ein Rückgang der Symptomatik mit Erhöhung der theoretischen Leistungsfähigkeit weiterhin möglich sein. Die Beurteilung stehe im Gegensatz zur Beurteilung der aktuell ambulant psychiatrisch behandelnden Fachärztin und der selbst eingenommenen Position der Beschwerdeführerin. Die Diskrepanz sei im Rahmen der dysfunktionalen Fehlentwicklung und nicht der primär versicherungsmedizinisch zu gewichtenden Faktoren begründet (S. 14 oben).

### **E. 3.8**

Dr. D.\_\_\_\_ führte in seiner E-Mail zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 8. Juli 2016 (Urk. 3/4) aus, er habe das Gutachten durchgesehen, und es erscheine ihm soweit sorgfältig und integriere die vorhandenen fassbaren Befunde. Etwas irritierend sei, dass die seit langem bekannte AC-Arthrose der linken Schulter, die bei geringer Belastung bereits symptomatisch werde, vom Rheumatologen nicht erwähnt worden sei. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, er könne sich allerdings gut vorstellen, dass diese Beschwerden bei der minimalen körperlichen Betätigung im Moment nicht gross stören. Möglicherweise sei der Röntgenbefund von 2011

dem Rheumatologen nicht bekannt gewesen.

Dr. D.\_\_\_\_ führte weiter aus, er wisse ausserdem, dass aufgrund der Angst und der Abwehr eine aussagekräftige Untersuchung der Beschwerdeführerin schwierig sei, da fassbare Befunde im Meer der Schmerzen untergingen und sich die Patientin sehr stark selbst limitiere.

Was den psychiatrischen Anteil angehe, habe er der Beurteilung nicht viel beifügen. Das Problem bei dieser Patientin sei, dass gesundheitlich gesehen kein „Killerleiden“ fassbar sei, welches eine Berentung rechtfertige - es sei jedoch die Gesamtheit der Belastungen, die letztlich eine Berufstätigkeit verunmögliche. Nicht vergessen werden sollte in diesem Zusammenhang, dass die Beschwerdeführerin, aus einfachem bäuerlichem Milieu stammend mit acht Jahren Grundschule und ohne eine Berufsbildung sehr eingeschränkte Ressourcen habe, um mit den multiplen Belastungen durch ihre Erkrankung fertig zu werden und intellektuell wohl nicht in der Lage sei, die Wichtigkeit der Bewegung trotz Schmerzen einzusehen, womit ein wesentlicher Behandlungspfeiler fehle. Aus hausärztlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit schon lange nicht mehr gegeben.

### **E. 3.9**

Dr. C.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 11. Juli 2016 (Urk. 9/135) aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 16. Dezember 2010 in ihrer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Seither habe eine Verschlechterung ihres Zustandes beobachtet werden können, weshalb der Meinung der Gutachter nicht gefolgt werden könne (S. 1).

Auf der psychisch-geistigen Ebene werde die Leistungsfähigkeit der Patientin durch die dargestellten affektiven, psychomotorischen, formalgedanklichen und vegetativen

Symptome deutlich beeinträchtigt. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene bestehe eine ausgeprägte Störung der Vitalgefühle, die die psychophysische Leistungsfähigkeit der Patientin deutlich einschränke.

Im Hinblick auf die soziale Interaktion sei sie durch die Antriebsminderung und den krankheitsbedingten sozialen Rückzug deutlich eingeschränkt. Der bisherige Krankheitsverlauf habe zu einem psychischen Leidenszustand und einer emotionalen Beeinträchtigung geführt, die sie hinsichtlich der Fähigkeit zur aktiven Mitgestaltung im Arbeitsleben, Strukturierung des Tagesablaufes sowie der gesamten funktionellen Leistungsfähigkeit behinderten.

Eine Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen sei demnach in der freien Wirtschaft nicht gegeben, und es sei von einer Therapieresistenz auszugehen (S. 2).

### **E. 3.10**

Dr. von B. \_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 29. November 2016 (Urk. 3/5) als Diagnose eine Spondylarthritis (Differentialdiagnose: Morbus Behçet bei positivem HLA-B 51). Entgegen den Ausführungen von Dr. F. \_\_\_ seien die Beschwerden der Patientin typisch für eine Spondylarthritis, und diese sei auch im MRI bestätigt worden, auch wenn sich nur ein minimal entzündlicher Befund gezeigt habe. Die Entzündung, welche sich über mehr als einen Abschnitt im MRI zeige, begleitet durch die Erosionen in den ISG, sei diagnostisch für die Spondylarthritis.

Hinzu komme, dass die Schmerzen sehr wohl modulierbar seien. Unter nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) komme es zu einer Besserung der Symptome, diese Medikamente seien aber leider aufgrund gastrointestinaler Beschwerden nicht vertragen worden. Unter Behandlung mit Salazopyrin habe die Patientin bereits eine Besserung ihrer Gelenksbeschwerden beschrieben. Dieses Medikament sei jedoch bisher nicht ausreichend gewesen, um all ihre Symptome unter Kontrolle zu bringen. Eine Behandlung mit einem Biologika wäre hier wahrscheinlich indiziert. Aufgrund der mit dieser Medikation verbundenen etwas stärkeren Immunsuppression habe die Patientin jedoch bisher gezögert, sich für diese Therapie zu entscheiden (S. 1 unten f.).

Was die Diagnose des Morbus Behçet betreffe, sei sie ebenfalls nicht mit Dr. F. \_\_\_ einverstanden. Noch während der letzten Konsultation am 30. Mai 2016 habe die Patientin über Thrombosen in den Beinen berichtet, was häufiger im Rahmen eines Morbus Behçet auftrete (S. 2 oben). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin ging gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. F. \_\_\_ und med. pract. E. \_\_\_ vom März 2016 (vgl. vorstehend E. 3. 7) von einem seit der letztmaligen Prüfung des Rentenanspruches im Zusammenhang mit der Verfügung vom 26. Januar 2012 (Urk. 9/92) unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und von einer weiterhin aus den psychischen Beschwerden resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % sowohl in der angestammten wie auch in jeder angepassten Tätigkeit aus (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Das bidisziplinäre Gutachten von med. pract. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ vom März 2016 erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.9) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, enthält nachvollziehbare begründete Schlussfolgerungen, und das psychiatrische Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ erweist sich insbesondere auch vor dem Hintergrund der in BGE 141 V 281 geänderten Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung für die zu beurteilenden Fragen als umfassend.

In rheumatologischer Hinsicht begründete Dr. F.\_\_\_\_ detailliert und in nachvollziehbarer Weise unter Verweis auf das von Dr. A.\_\_\_\_ im September 2014 durchgeführte MRI der gesamten Wirbelsäule sowie der ISG (vgl. vorstehend E. 3.2), weshalb der Diagnostik und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. von B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3, E. 3.5 und E. 3.10) nicht gefolgt werden könne.

Soweit die Beschwerdeführerin die Verwertbarkeit des rheumatologischen Teलगutachtens von Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.7.2) unter Hinweis auf das Fehlen des Berichtes des Zentrums für medizinische Radiologie vom 17. März 2011 (Urk. 3/3) bestritt, in welchem zum Befund an der linken Schulter aus geführt wurde, es liege eine bekannte AC-Gelenksarthrose vor ohne Dislokation und eine Tendinitis calcarea, wahrsch einlich der Supraspinatussehne, ist auszu führen, dass die AC-Gelenksarthrose links ebenfalls im Bericht der Ärzte der Uniklinik O.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2010 (Urk. 9/46/1-2 S.

1) aufgeführt wurde. Dieser Bericht lag sowohl den Vorgutachtern der Klinik Z.\_\_\_\_ bei der Erstellung des rheumatologischen Gutachtens vom 30. August 2011 (vgl. Urk. 9/75/6) und ebenfalls Dr. F.\_\_\_\_ vor (vgl. Urk. 9/129 S. 5).

Die beginnende AC-Arthrose wurde vom rheumatologischen Gutachter der Klinik Z.\_\_\_\_ als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert (vgl. Urk. 9/75 S.

21 f. Ziff. 5.1). Nach durchgeführter Untersuchung hielt der rheumatologische Gutachter der Klinik Z.\_\_\_\_ fest, aktuell finde sich kein Anhalt für eine Aktivierung einer AC-Gelenksarthrose links. Hierfür werde derzeit führend ein Dehnungsreiz des Musculus infraspinatus beklagt, eine wesentliche Funktionseinschränkung entstehe hieraus nicht (S. 23 Mitte). Dies bezüglich wurde von Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Gutachten keine Veränderung erwähnt, und er schloss sich den Einschätzungen des Vorgutachters der Klinik Z.\_\_\_\_ an (vgl. Urk. 9/127 S. 16 unten). Eine seit letztmaliger Rentenanspruchsprüfung hinsichtlich der AC-Gelenksarthrose dennoch eingetretene Verschlechterung lässt sich denn auch nicht der übrigen Aktenlage entnehmen. Die Ausführung von Dr. D.\_\_\_\_, dass die AC-Arthrose bei der geringsten Betätigung aktiviert werde (vgl. vorstehend E. 3.8), findet in den Akten keine fach ärztliche Bestätigung oder objektive Befundbeschreibung. Zudem räumte Dr. D.\_\_\_\_ in seiner E-Mail vom Juli 2016 ebenfalls ein, dass es gut sein könne, dass die AC-Arthrose nicht aktiviert gewesen sei.

Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin daraus, dass auf ihr ängstliches Verhalten, welches die rheumatologische Untersuchung bei Dr. F.\_\_\_\_ erschwerte, keine Rücksicht genommen worden sei (vgl. vorstehend E. 2.2), zeigte sie doch dieses Verhalten bereits anlässlich der ersten Begutachtung am H.\_\_\_\_ im Jahr 2007 (vgl. Urk. 9/22 S. 13 ff.), ebenfalls anlässlich der Begutachtung in der Klinik Z.\_\_\_\_ 2011 (vgl. Urk. 9/75 S. 21 ff. Ziff. 6) und auch Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte, dass sich eine Untersuchung der Beschwerdeführerin generell schwierig gestalte (vgl. vorstehend E. 3.8).

Betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.\_\_\_\_ ist zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Im Übrigen nannte er auch Gesichtspunkte, welche seiner Ansicht nach gegen einer Erwerbfähigkeit der Beschwerdeführerin sprächen, welche aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als unbeachtlich zu werten sind, so ihr sozialer Kontext.

Auch hinsichtlich der Ausführungen der die Beschwerdeführerin seit Dezember 2010 behandelnde Psychiaterin

Dr. C.\_\_\_\_ vom Juli 2015 und Juli 2016 (vgl. vorstehend E. 3.5 und E. 3.9 ) gilt es zu berücksichtigen, dass ihre

auftragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte angebracht ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Bereits im Zusammenhang mit der letzten Prüfung des Rentenanspruches der Beschwerdeführerin erachtete Dr. C.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom Dezember 2011

(vgl. Urk. 9/98) entgegen den Ausführungen der Gutachter der Klinik Z.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.1) keine Arbeitsfähigkeit mehr als gegeben. Hierzu wurde im Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. April 2013 festgehalten, dass es sich dabei lediglich um eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei gleichem Sachverhalt handle, wobei nicht nachvollziehbar sei, weshalb keine Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt mehr gegeben sein sollte (vgl. Urk. 9/101 E. 3.7 und E. 4.2). Med. pract. E.\_\_\_\_ begründete auch in nachvollziehbarer Weise, weshalb er die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigen könne. Eine konsistente psychopharmakologische Behandlung fand im Übrigen nicht statt. 4.3

Aufgrund des Gesagten ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. April 2013 (Urk. 9/101) bestätigten Verfügung vom 26. Januar 2012 (Urk. 9/92) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Es ist nach wie vor davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte und jede behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 60 % zumutbar ist.

## **E. 5**

Abs. 1 IVG tätig zu sein, ist die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige, somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 e contrario

IVG ). Die gemischte Methode gelangt hier ebenso wenig zur Anwendung wie bei ohne Gesundheitsschaden voll Erwerbstätigen ( Art. 27 bis IVV). Das Valideneinkommen ist nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die Ausübung einer Ganztätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die

Invalidenversicherung einzustehen ( BGE 125 V 157 E. 5c/ bb mit Hinweisen; ZAK 1992 S. 92 E. 4a). Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte . Dabei kann das – vom Arzt festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe ist eine Tatfrage, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Rechtsfragen sind hingegen Folgefragen, die ausschliesslich – losgelöst vom konkreten Sachverhalt – auf die allgemeine Lebenserfahrung gestützt werden oder die Frage, ob aus festgestellten Indizien mit Recht auf bestimmte Rechtsfolgen geschlossen worden ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_287/2013 vom 8. November 2013 E.

### **E. 5.1**

Zur Qualifikation der Beschwerdeführerin wurde bereits im Urteil vom 15. April 2013 ausgeführt (vgl. Urk. 9/ 101 E. 5.1-3), dass sie während ihrer Anstellung im Spital J.\_\_\_\_ als Stationshilfe vom 1. Dezember 1999 bis 30. Juni 2006 lediglich ein Pensum von 50 % ausgeübt hatte (vgl. Urk. 9/9 Ziff. 1, Ziff. 6 und Ziff. 8-9), obwohl sie keinen Erziehungsverpflichtungen nachkommen müssen . Da sich damit das lediglich ausgeübte Pensum von 50 % nicht mit der Erziehung unmündiger Kinder erklären lässt und sich und auch aus den übrigen Akten keine Hinweise darauf ergeben, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einem Pensum von 100 % respektive einem höheren Pensum als 50 % nachgehen würde, und nach wie vor der beschwerdeweise vorgebrachte Hinweis auf die schlechte finanzielle Situation nicht genügt, um auf eine höhere Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall zu schliessen, ist an der im Urteil vom 15. April 2013 festgelegten Qualifikation als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige festzuhalten.

### **E. 5.2**

Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Fall Di Trizio geltend macht , die Anwendung der gemischten Methode sei rechtswidrig, und sie werde für ihre in der Ehe gewählte Rollenverteilung bestraft (vgl. vorstehend E. 2.2), ist dem entgegen zu halten, dass das Bundesgericht in Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) in Sachen Di Trizio vom 2. Februar 2016 festgehalten hat, dass die gemischte Methode nach gelten der Praxis nicht per se als diskriminierend erachtet werde . Lediglich sei es konventionswidrig, wenn für die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente allein familiäre Gründe (wie die Geburt von Kindern und die damit einhergehende Reduktion des Erwerbspensums) für einen Statuswechsel von

„vollerwerbstätig“ zu „teilerwerbstätig“ sprachen (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C\_90/2017 vom 4. Juli

2017 E.

4, 9F\_8/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 4 sowie IV-Rundschreiben Nr. 355 vom 31. Oktober 2016).

Da die Beschwerdeführerin bereits seit der erstmaligen Anspruchsprüfung als Teilerwerbstätige qualifiziert wurde und nicht die Geburt von Kindern und die damit hypothetisch verbundene teilweise Aufgabe der Erwerbstätigkeit die einzigen Grundlage des Statuswechsels bilden und aus der Änderung der Invaliditätsbemessungsmethode die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente resultierte, kann die gemischte Methode vorliegend grundsätzlich zur Anwendung kommen.

### **E. 5.3**

Da die Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist (vgl. vorstehend E. 5.1), resultiert bei einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % (vgl. vorstehend E. 4.3) keine Erwerbseinbusse und damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

Hinsichtlich der Beurteilung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung verzichtet. So liegen einerseits keine somatischen Diagnosen vor, welche auf eine Einschränkung im Haushaltsbereich schliessen lassen würden, und ein rentenanspruchs begründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % würde vorliegend ohnehin nicht resultieren.

### **E. 5.4**

Aufgrund des Gesagten resultiert bei einer Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige bei einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % kein rentenanspruchs begründender Invaliditätsgrad.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

### **E. 5.5**

Mit Blick auf das relativ tiefe Valideneinkommen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 9/6 und Urk. 9/78/5) sowie den Umstand, dass im Bereich Haushalt - wenn überhaupt - lediglich von einer geringen Einschränkung auszugehen ist, würde sich auch dann nichts am Ergebnis ändern, wenn die gemischte Methode in der nach Suter/Leuzinger modifizierten Handhabung angewendet würde (vgl. - nicht

rechtkräftiges - Urteil des hiesigen Gerichts IV.2016.00548 vom 19. Mai 2017).

### **E. 6**

.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

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