

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00683 vom 27. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00683

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00683 du 27 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00683 del 27 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 2014).

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 2

7. September 2017 reichte die Beschwerdeführerin eine Replik (Urk. 9) und einen Arztbericht (Urk. 10) ein. Je eine Kopie dieser Akten wurden der Beschwerdeführerin am 29. September

2017 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11/2).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin stellte mit Verweis auf das polydisziplinäre Gutachten der

A. ___

vom 20. Dezember 2015 darauf ab, dass aus psychiatrischer Sicht mit einer Besserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gerechnet werden könne, da das psychische Leiden als behandelbar gelte. Es seien persönliche Ressourcen und solche anhand des sozialen Umfeldes ausgewiesen (Urk. 2 S. 1). Die Beschwerdeführerin verneinte sodann bei einem Invaliditätsgrad von 28 % einen Rentenanspruch (Urk. 2 S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, das Gutachten sei nicht nachvollziehbar. Es werde von einer insgesamt viel zu hohen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 12). Nach den Ausführungen der Gutachter handle es sich bei ihr um eine Person, die ihr Leben lang körperlich gearbeitet habe. Einen Computer vermöge sie nicht zu bedienen. Wenn eine solche Person weder mit einer Hand noch bimanuell tätig sein könne, sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit mehr als nur zu 30 % eingeschränkt (Urk. 1 S. 8 Ziff. 16).

Seit Oktober 2016 habe sich ihr Zustand noch einmal richtungsweisend verschlechtert. Damals sei es zur Zunahme der Schmerzen und vor allem der Depression gekommen (Urk. 1 S. 13 Ziff. 29).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Rentenanspruch besteht.

3. 3.1

Dr. med. B. ___ nannte in einem Bericht vom 5. Oktober 2012 (Urk. 7/14/1-3) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) der linken Hand bei Status nach Spaltung des Retinaculum

flexorum links am 9. Februar 2012 - Tendovaginitis stenosans A1 Ringband Daumen links - cervicocephales Schmerzsyndrom

Dr. B. ___ attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft seit dem 22. August 2012 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). 3.2

Dr. med. C. ___ , Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt, Spital D. ___ , stellte im Bericht vom 6. Mai 2013 (Urk. 7/32/2) folgende Diagnosen: - Status nach CRPS der linken Hand mit chronifiziertem Schmerzsyndrom - Verdacht auf Pronator

teres Syndrom links bei Status nach Spaltung des Retinaculum

flexorum links - Verdacht auf Double-crush-Syndrom rechts bei leichtem Carpal tunnel syndrome und klinischem Verdacht auf Pronator

teres Syndrom rechts - Tendovaginitis stenosans A1 Ringband Daumen links -
Tendovaginitis stenosans de Quervain

1. Strecksehnenfach rechts rezidi vierend nach zweimaliger Infiltration - generalisiertes
Schmerzsyndrom bei chronischem cervico - und lumbo - spondylogem
Schmerzsyndrom, muskulärer Dysbalance und Haltung in suffizienz

Dr. C.____ führte weiter aus, die Patientin klagt über zunehmende Schmerzen in beiden
Armen und Händen, rechts mehr als links. Aus handchirurgischer Sicht bestehe an und für
sich eine Operationsindikation. Bei den chronifizierten Schmerzen der Patientin sei man
jedoch eher zurückhaltend. Es werde versucht, eine suffiziente, medikamentöse
Schmerztherapie zu etablieren (S. 1 unten). 3.3

Med. prakt. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher
Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, führte in einer Stellungnahme vom 26. August
2013 (Urk. 8/37 S. 2) aus, es werde festgestellt, dass der Gesundheitsschaden an der linken
und auch an der rechten Hand fortbesteht. Laut einem Bericht der Ärzte des Spitals D.____
zeige die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht unauffällige Befunde. In der
angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft sei sie aus versicherungsmedizinischer Sicht
seit dem 8. Februar

2012 anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig. In einer optimal behinderungsangepassten
Tätigkeit (ohne Kraft- und Beweglichkeitsbelastung der Hände, leichte und
wechselbelastende Tätigkeit) sei medizinisch-theoretisch von einer Restarbeitsfähigkeit von
100 % auszugehen. 3.4

3.4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 20. Dezember 2015 (Urk. 7/67/2-32)
beruht auf den Untersuchungen in den Fachgebieten Allgemeiner Innere Medizin,
Orthopädie, Handchirurgie und Psychiatrie, den Gutachtern zur Verfügung gestellten Akten
und der Konsensbesprechung der Gutachter vom 10. Dezember 2015 (S. 1 Ziff. 1.2). Das
Gutachten ist von Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, Dr. med. G.____, Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, unterzeichnet (S. 31). 3.4.2

Die Gutachter führten zur Anamnese aus,

die Beschwerdeführerin habe im Winter 2011 starke Schmerzen in beiden Händen
bekommen. Sie habe damals keine Gefühle in den Händen mehr gehabt. Im weiteren
Verlauf sei sie mehrmals an der linken Hand operiert worden, ohne dass eine Besserung
eingetreten sei. Seit den

Operationen habe sie dauernd Schmerzen in der linken Hand und im linken Arm bis in die
Schulterregion. Sie habe viele Spritzen bekommen und Therapien gemacht (S.

7 Ziff. 4.1 Mitte). Aktuell sei sie vorwiegend durch Dauerschmerzen im Bereich der linken
Hand und des linken Armes beeinträchtigt. Sie habe keine Kraft mehr in den Händen, links
ausgeprägter als rechts. Des Weiteren habe sie belastungsabhängige Schmerzen im
Bereich des Nackens und der Lendenwirbelsäule (S. 7 Ziff. 4.1 unten).

Vor der ersten Operation habe die Beschwerdeführerin in der Reinigung gearbeitet, wo sie
ein Pensum von 80 % innegehabt habe. Zudem habe sie am Abend noch während vier

Stunden Reinigungsarbeiten bei der Z.____ AG übernommen. Das Arbeitspensum habe sie gut bewältigen können. Seit der ersten Operation habe sie wegen der Schmerzen nicht mehr gearbeitet (S. 12 unten).

Bei der orthopädischen und hand chirurgischen Untersuchung sei der Pinzetten-Griff zwischen Daumen und Zeigefinger rechts kräftig erfolgt. Auf der linken Seite könne nur die Hälfte der Kraft der rechten Seite erbracht werden . Die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung ein starkes Zittern gezeigt . Bei der aktiven Abduktion des linken Armes habe sie das Manöver wegen starker Schmerzen abgebrochen (S. 14 Mitte). Es bestehe eine diffuse Druck- und Klopf dolenz über der Halswirbelsäule. Die Flexion sei in beiden Knien nicht eingeschränkt. Beide Knie seien reizlos und stabil und ohne Schwellungen (S.

14 unten). 3.4.3

In der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin auf Nachfrage angegeben, dass sie schlecht schlafe und wegen der Schmerzen immer wieder aufstehe und sich bewege (S. 16 Mitte).

Seit sechs Monaten gehe sie einmal pro Woche regelmässig zu einer Psychologin in Behandlung. Man habe ihr eine Behandlung in einer Tagesklinik vorgeschlagen. Sie fühle sich psychisch aber eigentlich nicht krank (S. 17 oben). Die Explorandin stehe um 9 Uhr auf und gehe um 21 Uhr zu Bett. Über Mittag und abends esse sie, was ihre Schwester oder die Tochter für sie gekocht hätten . Selber sei sie nicht in der Lage zu kochen. Ansonsten mache sie den ganzen Tag nichts . Sie könne nichts tun, da sie ihre Hände nicht gebrauchen könne (S. 17 unten).

Eine wesentliche soziale Belastung bestehe nicht . Die Explorandin sei sehr gut integriert, erhalte Hilfe von ihrer Familie und habe auch noch Aussenkontakte, wenngleich wenige. Es könne nicht abgeschätzt werden, inwieweit sich die Aussenkontakte seit der Erkrankung tatsächlich verringert hätten oder ob sich die Beschwerdeführerin

schon vorher ganz auf die Familie konzentriert habe (S.

20

Mitte). Weiter habe sie gute soziale Ressourcen und sei kommunikationsfähig. Sie sei auch therapieadhärent, besuche sie doch regelmässig in Begleitung ihrer Tochter, die für sie übersetze, eine Psychotherapie . Die Explorandin sei also gewillt, dass man sie verstehe und dass sie den anderen verstehe. Es bestehe jedoch eine Beeinträchtigung der persönlichen Ressourcen durch die Wechselwirkung zwischen der objektiv begründeten Schmerzproblematik, der depressiven Symptomatik und der daraus resultierenden Beeinträchtigung bei der Bewältigung der Schmerzen. Somit komme es zu einem Überführen auch in eine somatoforme Komponente im Sinne einer Schmerzexazerbation ohne pathophysiologische Erklärung. Es handle sich um eine Spannungsabfuhr von affektiven Problemen.

Hinsichtlich der von der Explorandin geschilderten Symptome habe während der Untersuchung kein diskrepantes Verhalten bestanden. Allerdings sei die subjektive Darstellung der Depressivität und der Lebenseinschränkung nicht ganz kohärent gewesen mit dem, was sich zwischen der Explorandin und der Übersetzerin in der Kommunikation ereignet habe. Die Explorandin sei dabei wesentlich lebhafter und schwingungsfähiger gewesen als gegenüber dem Referenten . Dies sei aber durchaus im Sinne einer Entspannung, eines Sich - verstehen - Fühlen und einer gewissen Öffnung zu verstehen

(S. 20 unten). 3.4.4

Die Gutachter stellten aus polydisziplinärer Sicht folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 5.1): 1. chronische Schmerzen in der linken Hand und im linken Arm bei - Status nach Karpaltunneldekompression links und - Status nach Revisionsoperation des linken Karpaltunnels und Dekompression des N. medianus in der Pronator

teres -Loge und mehrerer Ringbandspaltungen 2. Karpaltunnelsyndrom rechts 3. leichte- bis mittelgradige depressive Episode 4. anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 21 Ziff. 5.2): 1. Status nach Tendinitis de Quervain rechts und Status nach mehreren Kortikoid -Infiltrationen 2. beginnende mediale Gonarthrose rechts 3. Hypercholesterinämie 4. leichtes Übergewicht

Die Gutachter führten in ihrer Beurteilung aus, es bestehe eine negative Wechselwirkung zwischen den somatischen und den somatoformen Schmerzen und der depressiven Symptomatik. Die Coping-Mechanismen der Depression würden durch die Schmerzen zusätzlich belastet und umgekehrt. Aus somatischer Sicht liege keine Wechselwirkung zwischen den einzelnen Diagnosen vor (S. 21 Ziff. 5.3).

Am 9. Februar 2012 sei wegen eines beidseitigen, links betonten Karpaltunnel-Syndroms und einer Tendinitis de Quervain rechts eine Dekompression des N. medianus links durchgeführt worden. Über das erste Strecksehnenfach rechts sei eine Kortikoid -Infiltration appliziert worden. Seit dieser Massnahme persistierten die Beschwerden sowohl in der linken wie auch in der rechten Hand. Es sei die Verdachtsdiagnose eines kalten CRPS gestellt und eine Schmerztherapie eingeleitet worden. Da es zu keiner wesentlichen Verbesserung gekommen und zusätzlich noch ein Pronator

teres -Syndrom links festgestellt worden sei, sei am 21. August 2013 erneut eine Operation durchgeführt worden. Der Karpaltunnel sei nochmals dekomprimiert und der N. medianus in der Pronator

teres -Loge befreit worden. Zusätzlich seien auch mehrere Ringbandspaltungen an der linken Hand durchgeführt worden. Die Schmerzen persistierten jedoch bis heute und würden von der Explorandin als sehr stark empfunden. Es komme zu Ausstrahlungen bis in die linke Schulter und in den Nacken (S. 23 Ziff. 6.2.3 oben). Der Phalantest

sei links nicht verwertbar gewesen, da es bei dieser Prüfung sofort zu starken Schmerzen in der Hohlhand und im Bereich des Handgelenkes gekommen sei. Die Kraft beim Faustschluss sei links nicht messbar. Die massiven Knieschmerzen rechts seien nur teilweise objektivierbar. Radiologisch fänden sich höchstens diskrete Zeichen einer Gonarthrose. Klinisch sei die Situation im rechten Knie unauffällig. Die geklagten massiven Rückenschmerzen seien radiologisch und klinisch nicht objektivierbar. Allerdings sei zu bemerken, dass eine verlässliche Untersuchung des Rückens nicht möglich sei, da schon geringste Manipulationen oder Berührungen starke Schmerzen verursacht hätten. Mit zunehmender Dauer der Untersuchung sei die Explorandin müde geworden und nicht mehr in der Lage gewesen, ruhig zu stehen. Ein deutliches Zeichen für ein persistierendes CRPS in der linken oberen Extremität seien nicht gefunden worden (S. 23 Ziff. 6.2.3 Mitte).

Von handchirurgischer Seite seien wegen der Beschwerden in der linken Hand keine medizinischen Vorschläge möglich. Die möglichen ergotherapeutischen Massnahmen seien erfolgt und hätten nicht zu einer Verbesserung geführt. Auch lokale Infiltrationen hätten keine nachhaltige Wirkung gehabt. Eine erneute operative Intervention links sei nicht indiziert. Die Aussicht auf Erfolg sei zu gering. Auf der rechten Seite wäre eine Indikation für eine Karpal tunnel spaltung gegeben. Allerdings scheue sich die Patientin wegen ihrer Erfahrungen mit den Operationen an der linken Hand, sich auch rechts operieren zu lassen (S. 24 Ziff. 6.2.9). 3.4.5

Aus psychiatrischer Sicht liege heute ein depressives Syndrom vor. Die Kriterien nach ICD-

E. 5

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 Invali dität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätio logie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der ver sicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeits markt 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 20 15 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalidenein kommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gege n übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des früh estmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr schein lichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommens entwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung ent spricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 5.3

Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiter hin für die Y.____ AG und die Z.____ AG gearbeitet hätte.

Gemäss dem Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 28. August 2012 hätte die Beschwerdeführerin mit einem Arbeitspensum von 80 % im Jahr 2012 Fr. 2'800.-- pro Monat verdient (Urk. 7/11/2 Ziff. 2.10). Die Beschwerdeführerin wies in der Beschwerde darauf hin, dass hinsichtlich des Verdienstes bei der Z.____ AG nicht auf die Daten des Jahres 2009 abgestellt werden könne, da sie erst im Laufe des Jahres 2009 dort zu arbeiten angefangen habe . Im Jahr 2011 habe sie bis zu ihrer Erkrankung nur die ersten drei Monate gearbeitet. Anschliessend habe sie von der Z.____ AG keine Leistungen mehr erhalten (Urk. 1 S. 16 Ziff. 3 5). Demzufolge

ist auf das gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) im Jahr 2010 bei der Z.____ AG

erzielte Nebeneinkommen von Fr. 12'312.-- abzustellen (Urk. 7/10 S.

3). Die Beschwerdeführerin hätte daher aus der Haupterwerbstätigkeit im Jahr 2012 ein Einkommen von Fr. 36'400.-- (Fr. 2'800.-- x 13) erzielt . Bei einer Nominallohnentwicklung im Jahr 2

E. 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth , IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen.

Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person

wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

E. 5.5

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S.

321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat vielmehr nur so weit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen).

E. 5.6

Gemäss dem Gutachten des A.____ vom 20. Dezember 2015 ist der Beschwerdeführerin eine Hilfsarbeitertätigkeit unter Berücksichtigung des im Gutachten beschriebenen Belastungsprofils möglich. Gemäss den Tabellenlöhnen LSE 2012 Tabelle TA1 S. 35 ist für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art von einem Einkommen von durchschnittlich Fr. 4'112.-- auszugehen. So dann ist von einem

Abzug vom Tabellenlohn von 5 %

auszugehen. Ein höherer Abzug erweist sich als nicht gerechtfertigt, da der Beschwerdeführerin noch verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten möglich sind. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41.7 Stunden und einer Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 resultiert ein Einkommen von Fr. 34'448.-- (Fr. 4'112.-- x 12 x 0.7 : 40 x 41.7 x 0.95 x 1.007). Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 49'277.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 34'448.-- gegenüber, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'829.--, was einem Invaliditätsgrad von 30 % entspricht. Auch bei einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % ergäbe sich kein Rentenanspruch.

Die Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt der Begutachtung im A. ___ 55 Jahre alt. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt der Begutachtung abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_416/2016 vom 14. Oktober 2016, E).

5.1). Der Beschwerdeführerin ist die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit daher möglich.

Bei einem Invaliditätsgrad von deutlich unter 40 % ist ein Rentenanspruch zu verneinen. Die angefochtene Verfügung vom 15. Mai 2017 erweist sich demzufolge als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und 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: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber MosimannBrugger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

S. 1).

Dr. med. N.____, Assistenzärztin, und Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, Klinik M.____, nannten im Austrittsbericht vom 29. August 2017 (Urk. 10) als psychiatrische Diagnose eine paranoide Schizophrenie. Weiter stellte sie folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Schmerzen Hand links mit/bei - initial kalter CRPS (Spital D.____, 8. August 2012) - Pronator

teres Syndrom links (Neuropraxis, 21. Januar 2015) - Status nach Spaltung Retinaculum flexorum links (9. Februar 2012) - Status nach Re -Dekompression Carpalkanal links, Dekompression N. medianus

Pronator

teres -Loge links, A1-Ringbandspaltung I, III, IV links (2013) - Schmerzen Hand rechts mit/bei - CTS rechts - Tendovaginitis stenosans A1-Ringband Daumen links und Strecksehnenfach rechts (Spital D.____, 8. August 2012) - o ligosymptomatische

Epikondylitis

humeri

radialis links (Spital D.____ am 8. August 2012) - cervikozepales Schmerzsyndrom mit/bei - leichte diffuse breitbasige

Diskusprotrusion C4/5 und C5/6 jeweils ohne Einengung der Foramina

intervertebralia und ohne Kompression der Nervenwurzel C5 und C6 foraminal beidseits (MRI Spital D.____, 14. August 2012) - lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Verdacht auf Coxarthrose rechts (Spital D.____, 20. November 2012) - Knieschmerzen rechts - Gesichtsschmerzen links - Status nach Neuroborreliose, November 2014 - Status nach Appendektomie (als Erwachsene)

Die Ärzte der Klinik M.____ führten über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin aus, bei bekannter Grunderkrankung gehe es ihr

seit vier bis fünf Wochen deutlich schlechter. Sie ziehe sich immer mehr zurück, gehe nicht mehr aus dem Haus und sei nur noch in der Wohnung. Die Patientin befinde sich in einem

Rückzug. Sie stelle grosse Forderungen an ihren Ehemann und ihre Kinder, von denen sie verlangte, dass sie gepflegt werde und diese mehr Zeit mit ihr verbringen sollten. Als Reinigungskraft könne sie seit der ersten Operation nicht mehr arbeiten. Den Haushalt könne sie auch nicht mehr erledigen. Sie habe starke Schmerzen und Atembeschwerden, ohne somatische Ursache. Sie habe starke Angst. Manchmal höre sie Stimmen (S. 2 Ziff. 2).

Es handle sich um die erste psychiatrische Hospitalisation (S. 3 Ziff. 3 oben). Die Patientin sei im formalen Denken stark auf die Schmerzsymptomatik und ihr derzeitiges psychisches Leiden eingeengt, perseverierend. Hinweise auf Wahn oder Ichstörungen bestünden nicht. Es komme jedoch zu Sinnestäuschungen im Sinne von Stimmenhören. Die Ärzte gaben zum Befund bei der Aufnahme in die Klinik weiter an, es bestünde eine Störung der Vitalgefühle, eine Gereiztheit, innere Unruhe und eine Klagsamkeit (S. 4 Ziff. 4 oben).

Nach dem Eintritt habe die Patientin über optische Halluzinationen in der Form von „schwarzen Kindern“, Stimmenhören sowie akustischen Halluzinationen (Schreie) berichtet (S. 5 Ziff. 5 Mitte). Unter Pharmakotherapie, Reizabschirmung und Strukturierung des Tagesablaufes durch die regelmässige Einnahme der Mahlzeiten sowie durch störungsspezifische Therapien sei es zu einer deutlichen Verbesserung und Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen. Die psychischen Symptome hätten sich vollständig zurückgebildet. Ebenso habe sich die Patientin affektiv stabiler und hinsichtlich der Schmerzen deutlich besser eingestellt gezeigt (S. 6 Ziff. 5). 4. 4.1

Die Gutachter des A.____ nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen chronische Schmerzen in der linken Hand und im linken Arm nach zwei Operationen an der linken Hand, ein Karpaltunnelsyndrom rechts und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode. Zudem wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

gestellt (E. 3.4.4 hiervor). Gemäss med. prakt. E.____ sind die Diagnosekriterien für die letztgenannte Diagnose dagegen nicht erfüllt

(E. 3.7 und 3.9). Die Gutachter

stellten sodann mehrere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (E. 3.4.4

hiervor). Sie kamen zum Ergebnis, dass in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Reinigungskraft eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. In einer Verweistätigkeit

bestehe gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Aufgrund der therapieresistenten Beschwerden der linken Hand seien der Beschwerdeführerin

bimanuelle Präzisionstätigkeiten sowie Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten von über 5 kg nicht möglich

(E. 3.4.5). Abweichend zu den Gutachtern des A.____ attestierten med. prakt. I.____ und Dr. J.____

aus psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 3.10). 4.2

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB) obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person, die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der Überwiegenden

Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 139 V 547 E. 8.1). Der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn setzt eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit voraus (BGE 139 V 547 E. 9.4). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres nachzuweisen (BGE 140 V 290 E.

3.3.1 mit Hinweisen). Eine An spruchsberechtigung setzt daher stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 140 V 290 E. 3.3.2).

Nach neuer Gerichtspraxis ist bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 25. April 2016 E. 3.2). Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeit beurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 574 E. 2). Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt die materiell beweiselastete versicherte Person die Folgen (BGE 141 V 574 E. 2; vgl. BGE 141 V 585 E. 5.3, BGE 141 V 281 E. 3.7.2, BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C_1/2016 vom 22. Februar 2016 E. 2.2 unter Hinweis auf BGE 140 V 290 E. 4.1). 4.3

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 12

oben). Dass die Kniebeschwerden nicht ernsthaft abgeklärt worden wären (Urk. 1 S. 8 Ziff. 18), trifft daher nicht zu. Auch der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin den Gutachtern Rückfragen gestellt hat , kann nicht gegen das Gutachten angeführt werden, da die offenen Fragen geklärt werden konnten . Das Gutachten vom 20. Dezember 2015

erfüllt mit den ergänzenden Stellungnahmen von Dr. H. ____

die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 4.3 hiervor), so dass darauf abgestellt werden kann. 4.6

Med. prakt. E. ____

stellte fest, dass die Diagnosekriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt sind. So fehlt es namentlich am Nachweis eines emotionalen Konfliktes als Ursache für die geklagten Schmerzen (E.

3.7 hiervor). Auf die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und die mit BGE 140 V 281 geänderte Rechtsprechung

muss daher vorliegend nicht weiter eingegangen werden. Dem Gutachten ist jedoch zu entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen mit den somatischen Befunden und der Diagnose einer depressiven Störung allein nicht ausreichend erklärt werden können und es zu einer Schmerzausweitung gekommen ist (E. 3.4.5 hiervor).

Dies wurde bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit folgerichtig in dem Sinne berücksichtigt, als die Gutachter der Beschwerdeführerin für eine angepasste Tätigkeit lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestierten.

Die Gutachter stellten sodann die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Die Beschwerdeführerin befand sich zum Zeitpunkt der Begutachtung erst seit sechs Monaten bei einer Psychologin in Behandlung. Der Nachweis einer konsequent befolgten Depressionstherapie ist daher nicht erbracht. Die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit ist daher bezogen auf die psychischen Beschwerden eher grosszügig ausgefallen. Auf die abweichende Beurteilung der Ärzte des K. ____ in der Stellungnahme vom 16. September 2016 kann sodann nicht abgestellt werden. Diese hatten der Beschwerdeführerin im Wesentlichen aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode und Schmerzen in diversen Bereichen undifferenziert eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Beurteilung der Ärzte des K. ____ kann daher nicht gefolgt werden. 4.7

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung beziehungsweise des Einspracheentscheids in die richterliche Beurteilung mit einbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Entscheidzeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen, mithin den das Prozessthema bildenden Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht ausdehnen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indessen – analog zu den Voraussetzungen einer sachlichen Ausdehnung des Verfahrens auf eine spruchreife Frage, die ausserhalb des durch die Verfügung beziehungsweise den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegt (BGE 122 V 34 E. 2a; zum Begriff des Anfechtungsgegenstandes vgl.

BGE 125 V 413 E. 1a) – nur zulässig, wenn der nach Erlass des Entscheids eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrechte der Parteien,

insbesondere deren Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden sind (BGE 130 V 138 E. 2.1).

Die Ärzte des K.____ diagnostizierten im Verlaufsbericht vom 3. Juni 2017 erst mals eine schwere Depression . Weiter gaben sie an , dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Oktober 2016 beziehungsweise seit Januar 2017 verschlechtert habe (E. 3.12 hiervor). Aus dem Austrittsbericht der Ärzte der Klinik M.____ vom 29. August 2017 ist jedoch zu entnehmen , dass es erst kurze Zeit vor der Klinikeinweisung vom 1. Juni 2017 zu einer möglichen gesundheitlichen Verschlechterung gekommen ist . Im Austrittsbericht werden als massgeblicher Zeitraum vier bis fünf Wochen vor der Zuweisung angegeben (E.

3.13) . Die angefochtene Verfügung datiert vom 15. Mai 2017. Die Ärzte der Klinik M.____ stellten am 29. August 2017 abweichend zu den übrigen Berichten und dem Gutachten des A.____

neu die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Zu dem im Austrittsbericht vom 29. August 2017 beschriebenen Gesundheitszustand ist zu sagen, dass die Beschwerdeführer in bereits Mitte Juli 2017 in gebessertem Zustand wieder entlassen werden konnte. Eine allfällige Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes wäre daher ohnehin nicht von Dauer gewesen. Soweit die Ärzte der Klinik M.____ die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie stellten, fällt ein allfällig geänderter Sachverhalt nicht unter die Verhältnisse, wie sie zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2017 zu beurteilen waren . 4.8

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass in der angestammten Tätigkeit , wie bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 9. September 2014 festgestellt worden war , von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

Für eine angepasste Tätigkeit ist dagegen gestützt auf das Gutachten des A.____ vom 20. Dezember 2015 von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. 5.

E. 013

von 0.7 % (Tabelle T1.10 Nominallohnindex, 2011-2015) ergibt sich für das Jahr 2013 und die Tätigkeit bei der Y.____ AG ein Einkommen von Fr. 36'655.--(Fr. 36'400.-- x 1.007). Bei einer Nominallohnentwicklung vom 1 % im Jahr 2011, 0.8 % im Jahr 2012 und 0.7 % im Jahr 2013 (Tabelle T1.10 Nominallohnindex, 2011-2015) ergibt sich zudem ein Nebenverdienst von Fr. 12'622.-- (Fr. 12'312.-- x 1.01 x 1.008 x 1.007) und damit total ein Einkommen von Fr. 49'277.-- (Fr. 36'655.-- + Fr. 12'622.--) . Als Valideneinkommen sind daher Fr. 49'277.-- zu veranschlagen.

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