

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00843 vom 14. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00843

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00843 du 14 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00843 del 14 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983 und Mutter zweier in den Jahren 2003 und 2004 geborener Kinder, war ab Mai 2010 als Mitarbeiterin Hauswirtschaft in einem 60%-Pensum bei der Y.____ (Urk. 6/1) sowie ab 3. Juli 2009 zu einem Pensum von ungefähr 21 % als Vereinsabwartin beim Sportamt der Stadt Z.____ tätig (Urk. 6/15). Am 7. September 2011 (Eingangsdatum) meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf eine seit dem 17. Juni 2011 bestehende Beeinträchtigung des rechten Fusses, erlitten durch einen Unfall, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/8). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (inklusive Beizug der Akten der Unfallversicherung [Urk. 6/12/1-15, Urk. 6/23/1-19, Urk. 6/26/1-31, Urk. 6/38/1-50, Urk. 6/53/1-37]) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Juni 2013 (Urk. 6/61) die Abweisung des Leistungsbegehrens (Rente und berufliche Massnahmen) in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte unter Beilage eines Berichtes ihrer behandelnden Psychiaterin, wonach ihr auf dem freien Arbeitsmarkt keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar sei (Urk. 6/69), Einwand (Urk. 6/64, Urk. 6/66, Urk. 6/70).

Nachdem im Mai 2013 eine anonyme Meldung eingegangen war, wonach sich die Beschwerdeführerin ohne Schwierigkeiten fortbewege (Urk. 6/73/2; vgl. auch Urk. 6/78/1), liess die IV-Stelle die Versicherte im Zeitraum November 2013 bis anfangs Februar 2014 observieren (Urk. 7/2 beziehungsweise 6/73 f.). Mit Schreiben vom 11. Juli 2014 (Urk. 6/77) wurde die Versicherte über die Durchführung der Observation in Kenntnis gesetzt. In der Folge wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. August 2014 (Urk. 6/83) wie angekündigt ab. Dagegen erhob die Versicherte am 15. September 2014 Beschwerde beim hiesigen Gericht (Urk. 6/88/3-9). Dieses hiess die Beschwerde mit Urteil vom 24. August 2015 (Urk. 6/96) in dem Sinne gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung und, nachdem die Versicherte im Februar 2014 ein weiteres Kind geboren habe, zur Klärung der Statusfrage an die IV-Stelle zurückwies. Nach weiteren

erwerblichen und medizinischen Abklärungen veranlasste die IV-Stelle am 5. April 2016 eine polydisziplinäre Untersuchung der Versicherten bei der A.____ Basel (Urk. 6/129 f.). Das Gutachten wurde am 3. Oktober 2016 erstattet (Urk. 6/144) und der Versicherten am 7. Oktober 2016 zur Kenntnisnahme zu gestellt (Urk. 6/145). Am 19. Oktober 2016 stellte die IV-Rückfragen beim psychiatrischen Gutachter (Urk. 6/146). Dieser nahm am 18. November 2016 Stellung (Urk. 6/150). Auch diese Stellungnahme wurde der Versicherten zugestellt (am 28. Dezember 2016 [Urk. 6/153]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 27. April 2017 [Urk. 6/158], Einwand vom 5. Mai 2017 [Urk. 6/159] mit nachträglicher Begründung vom 8. Juni 2017 [Urk. 6/162])

wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 22. Juni 2017 ab (Urk. 2 [= Urk. 6/165]).

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

[IVG]). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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. 1.2.1

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. 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. 1.2.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs.

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.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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).

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai

2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Befunde den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.6

Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konsellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St.

Gallen 2003, S.

92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.

1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 21. August 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Es sei sodann festzu stellen, dass das rechtliche Gehör verletzt worden sei. Eventuell sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. September 2017 angezeigt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, dem Gutachten könne entnommen werden, dass der Beschwerdeführerin aus rein somatischer Sicht die bisherige Tätigkeit seit dem Unfall nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit sei sie, unter Berücksichtigung des Belastungsprofils, hingegen zu 100 % arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht könne keine gesundheitliche Beeinträchtigung festgestellt werden; die Leistungseinschränkung beruhe auf Aggravation. Damit liege gemäss der Rechtsprechung keine versicherte gesundheitliche Beeinträchtigung vor (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, gemäss Gutachten der A.____ vom 3. Oktober 2016 sei sie in einer leidensangepassten Tätigkeit bloss zu 50 % arbeitsfähig. Der begutachtende Psychiater Dr. B.____ habe seine Einschätzung in der Ergänzung vom 18. November 2016 nochmals bestätigt und erklärt, eine Symptomvalidierung habe aufgrund der typischen Charakteristika der Krankheit keine Aussagekraft über die dissoziative Bewegungsstörung. Er führe sodann in Bezug auf die gemäss der EMRK-Rechtsprechung nicht zulässige Observation aus, dass nicht bekannt sei, ob das aus dem Jahr 2013 stammende Video material selektiert respektive selektiv aufgenommen worden sei. Die Aussagekraft sei daher begrenzt. Im Einwandverfahren sei beantragt worden, die Gutachter mit den Aggravations-Vorwürfen des RAD-Arztes zu konfrontieren. Dies werde hier nochmals beantragt. Die Beschwerdegegnerin habe es sodann versäumt, einen Einkommensvergleich vorzunehmen, womit sie das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt habe und weshalb eine Rückweisung beantragt werde, es sei denn, dem Hauptantrag werde stattgegeben. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15 % ergebe sich ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente. Die Anwendung der gemischten Methode sei ohnehin nicht mehr zulässig. Sollte sie dennoch zur Anwendung gelangen, so läge wiederum eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (Urk. 1).

E. 2.3.1

Den nachfolgenden Erwägungen ist Folgendes vorzuschicken: Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) befand in seinem Urteil vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) über die EMRK(Europäische Menschenrechtskonvention)-Konformität einer Observation, die im Auftrag eines (sozialen) Unfallversicherers durch einen Privatdetektiv erfolgt war. Er erkannte, dass eine ausreichende gesetzliche Grundlage für eine Observation nicht bestehe, weshalb eine Verletzung von Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privatlebens) vorliege. Hingegen verneinte er eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 EMRK (Gebot eines fairen Verfahrens)

durch die erfolgte Verwendung der Observationsergebnisse. Das Bundesgericht entschied sodann unter Berücksichtigung der betreffenden Erwägungen des EGMR, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG ("Zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs können die IV-Stellen Spezialisten beiziehen") auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehle, die die Observation umfassend klar und detailliert regle. Folglich verletzen solche Handlungen, seien sie durch den Unfallversicherer oder durch eine IV-Stelle veranlasst, Art. 8 EMRK beziehungsweise den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 der Bundesverfassung (BV) (Urteil 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017, zur Publikation vorgesehen, und Urteil 8C_69/2017 vom 18. August 2017 E. 4.1). Was die Verwendung des im Rahmen der widerrechtlichen Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Das Bundesgericht erkannte in seinem Urteil 9C_806/2016 im Wesentlichen, dass die Verwertung der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) grundsätzlich zulässig sei, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden letztere überwiegen. Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness brachte es in derselben Erwägung (mit Hinweisen) eine weitere Präzisierung an: Eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme sei verwertbar, solange Handlungen des "Beschuldigten" aufgezeichnet würden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung mache, und ihm keine Falle gestellt worden sei. Ferner erwog es, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen sei, als es um Beweismaterial gehe, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen worden sei (Urteil 8C_69/2017 vom 18. August 2017 E. 4.2 mit Hinweisen). Mit Rücksicht auf diese jüngste Rechtsprechung steht fest, dass die Observation unzulässig war, weshalb eine Verletzung von Art. 8 EMRK und Art. 13 BV festzustellen ist. Es bleibt aber zu prüfen, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, um die Ergebnisse gleichwohl verwerten zu können.

E. 2.3.2

Nachdem im Mai 2013 eine anonyme Meldung eingegangen war (Urk. 6/73/2), bestand ein Anfangsverdacht, welcher durch die von der Beschwerdeführerin auf "Facebook" gezeigten Fotos (Urk. 7/4; Ausdrucke vom 26. September 2013 und 17. Oktober 2013) zusätzlich bestärkt wurde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_69/2017 vom 18. August 2017 E. 5.1 und 8C_129/2017 vom 25. August 2017 E. 5.4.3.2) und die Erteilung des Überwachungsauftrages vom 24. Oktober 2013 (Urk. 6/73) nachvollziehbar machte. Dass es sich bei der überwachten Person nicht um die Beschwerdeführerin handeln könnte, wurde sodann nicht vorgebracht. Es bestehen dafür auch keine Hinweise angesichts der Angaben im Observationsbericht zur Identifikation und zur Wohnsituation.

Die Observation erfolgte an insgesamt sechs Tagen. Bei der Observation am ersten Tag (13. November 2013) wurde festgestellt, dass die Wohnadresse nicht mehr aktuell war, und bei der Observation am zweiten Tag trat die Beschwerdeführerin gar nicht in Erscheinung. Die eigentliche Überwachung fand somit bloss an vier Tagen statt (Urk. 7/2 S. 8-12) und das Videomaterial dauert lediglich acht Minuten (Urk. 7/1). Die Beschwerdeführerin konnte beim Gehen, bei der Benützung ihres Fahrzeuges zwecks Transports ihrer Töchter zur Ballettschule beziehungsweise zur Karateschule sowie in Einkaufsläden beobachtet werden (Urk. 7/2 S. 4 f. sowie Urk. 7/1). Damit wurden ausschliesslich alltägliche Verrichtungen im öffentlich einsehbaren Raum aufgezeichnet. Sie erfolgten aus eigenem Antrieb. Der zeitliche Umfang beschränkte sich auf wenige Tage. Die Privatsphäre der

Beschwerdeführerin war dadurch nur geringfügig betroffen. Es kann daher nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden. Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse der Beschwerdeführerin an einer unbeeinträchtigten Privatsphäre.

E. 2.3.3

Damit können im vorliegenden Fall die ohne ausreichende gesetzliche Grundlage erhobenen Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere unangetastet blieb (Urteil 8C_69/2017 vom 18. August 2017 E. 5.4 mit Hinweisen). 3.

E. 3

IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit 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. 3.1

Die Beschwerdegegnerin zog die Akten der Unfallversicherung bei, welche die Beschwerdeführerin neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch hatte untersuchen lassen (vgl. das neurologische Gutachten von

Dr. C.____ vom 21. April 2015 [Urk. 6/119/7-29], das orthopädische Gutachten von Dr. D.____

vom 20. Mai 2015 [Urk. 6/119/30-51] sowie das psychiatrische Gutachten Dr. E.____ vom 3. Juli 2015 [Urk. 6/119/52-81]). Ausserdem veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin, welche auf interdisziplinären, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhte (vgl. das A.____-Gutachten vom 3. Oktober 2016 [Urk. 6/144]). Im Gutachten wurde der folgende interdisziplinäre Diagnosekatalog aufgeführt (Urk. 6/144/9): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) - Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10: F33.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.52), geringem Strukturniveau nach OPD-2, Achse 4 - Schmerzhaftes Funktionsstörung des rechten Fusses mit/bei - Arthrose zwischen Os cuneiforme mediale und MT1, normale Mineralisation (Rx Fuss 22.6.2016) - Status nach CRPS Fuss rechts (ICD-10 : M89.07) - Status nach Hypersupinationstrauma OSG rechts 17. 6.2011

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Unklare Parese rechtes Bein nach Grenz stranginfiltration am 21.12.2011 - fehlende rheumatologische/ neurologische Erklärung, unauffällige elektrophysiologische Untersuchung - MRT LWS 21.12.2011 mit Ausschluss einer postinterventionellen Blutung - am wahrscheinlichsten im Rahmen der psychiatrischen diagnostizierten dissoziativen Bewegungsstörung - Status nach CRPS (Complex Regional Pain- Syndrome) Typ I (ICD-10: M89.07) Fuss rechts - aktuell kein eindeutiger Hinweis für CRPS I

- Status nach Arbeitsunfall 6/2011 mit Hypersupinationstrauma OSG rechts 17. 6.2011 - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - MRT LWS 26. 9.2011 mit degenerativen Veränderungen LWK3/4 und LWK4/5 - ohne radikuläre Ausstrahlung

E. 3.2

Unter den Gutachtern herrscht insofern Einigkeit, als die von der Beschwerdeführerin geklagten rechtsseitigen Fuss- und Beinbeschwerden

keinem organischen Substrat im Sinne eines CRPS am rechten Fuss sowie einer organischen Lähmung des gesamten rechten Beines zugeordnet werden konnten. Der begutachtende Rheumatologe des A.____ hielt in seinem Teilgutachten fest, in der bisherigen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Diese Einschränkung lasse sich, trotz der hochgradigen Diskrepanzen, aufgrund der Vorfuss-Arthrose (Einschränkung beim Gehen/Stehen, Tragen von Gewichten etc.) somatisch objektiv begründen. Für leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselbelastung, insbesondere in sitzender Position, bestehe aus rein rheumatologischer Sicht hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 6/144/76 f.). Die begutachtende Neurologin des A.____ konnte keine objektivierbaren neurologischen Befunde, die eine Minderung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würden, erheben (Urk. 6/144/86). Dasselbe gilt für Dr. C.____ (Urk. 6/119/25). Aus somatischer Sicht besteht somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wovon auch die Beschwerdegegnerin ausging und was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird.

E. 3.3.1

Umstritten ist aber, ob eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gegeben ist. Während Dr. E.____ – welche nebenbei bemerkt von der Observation keine Kenntnis hatte – in ihrem Gutachten vom 3. Juli 2015 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte und unter Berücksichtigung der festgestellten Inkonsistenzen von einer Aggravation der Beschwerdeführerin ausging (Urk. 6/119/52-81), fand Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, für das Verhalten der Beschwerdeführerin eine psychiatrische Erklärung (Urk. 6/144/54-72) und gelangte zum Schluss, trotz der hochgradigen und offensichtlichen Diskrepanz zwischen dem gezeigten und dem in der Observation beobachteten Verhalten sei von einer eigenständigen psychiatrischen Krankheit auszugehen (Urk. 6/144/69).

E. 3.3.2

Dr. E.____ führte in ihrem Gutachten vom 3. Juli 2015 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) auf (Urk. 6/119/69, S. 18 des Gutachtens). Sie hielt sodann fest, aufgrund der anamnestischen Angaben, der medizinischen Akten, sowie der von ihr erhobenen Befunde sei aktuell kein psychisches Leiden von Krankheitswert feststellbar.

Rückblickend sei davon auszugehen, dass zwischen Ende Dezember 2011 und August 2013 eine depressiv gefärbte Niedergestimmtheit vorgelegen habe. Ob die damalige Niedergestimmtheit die Diagnosekriterien einer depressiven Episode tatsächlich erfüllt habe, sei möglich, aber nicht belegt. Vielmehr erscheine es heute wahrscheinlich, dass es sich um eine längerdauernde depressiv gefärbte Anpassungsstörung gehandelt habe. Hierfür spreche der Umstand, dass die Beschwerdeführerin da mals unter ihrer belasteten psychosozialen Situation (Eheprobleme, Kindererziehung, Stellenverlust, finanzielle Enge) gelitten und auf diese reagiert habe. Weiter spreche für die Diagnose einer Anpassungsstörung, dass die Beschwerdeführerin selber von einer Überlastung spreche, und der Umstand, dass sie trotz psychischer Belastung eine dritte Schwangerschaft geplant und ausgetragen habe (was bei einer erheblichen Depressivität eher nicht zu erwarten wäre), sowie der Umstand, dass sie vor dem Ereignis nie depressiv gewesen sei. Es dürfe davon ausgegangen werden, dass die anhaltenden äusseren Belastungen die psychische Resilienz der Beschwerdeführerin schliesslich überfordert hätten und sie mit Niedergestimmtheit reagiert habe (Urk. 6/119/70-71, S. 19-20 des Gutachtens). Dr. E. ___ hielt weiter fest, von den Ärzten der F. ___ sei erstmals der Verdacht auf eine dissoziative Störung geäussert worden, dieser Verdacht werde von den nachfolgend behandelnden Stellen übernommen. Diese Verdachtsdiagnose werde offensichtlich als Arbeitshypothese aufgestellt, nachdem andere, somatische Erklärungen für die funktionelle Ausschaltung des rechten Fusses und Beines weggefallen seien. Es finde sich aber in keinem Aktenstück (weder in den stationären Behandlungen, noch in der ambulanten Therapie) eine Hypothese zur Psychodynamik, welche die Beschwerdeführerin (unbewusst) zur funktionellen Ausschaltung des rechten Beines hätte veranlassen können. Im Falle einer dissoziativen Störung sei ein intrapsychischer Konflikt als Kern der somatischen Phänomenologie unverzichtbar – und oft gut anhand der präsentierten körperlichen Symptomatik ablesbar. Es sei im Falle einer dissoziativen Störung davon auszugehen, dass ein unbewältigter intrapsychischer Konflikt seinen Ausdruck auf der körperlichen Ebene finde. Dabei liefere die Art der funktionellen Beeinträchtigung oft einen entscheidenden Hinweis auf die intrapsychische Konfliktthematik. Auch in der eigenen Untersuchung habe sie (die Gutachterin) keine Hinweise für eine bewusstseinsferne Psychodynamik feststellen können, die bei der Beschwerdeführerin einen Hinweis für eine dissoziative Störung geben würde. Es seien jedoch Diskrepanzen in der Beschwerdeschilderung und dem Funktionsniveau im Alltag aufgefallen, die einen starken Hinweis auf bewusstseinsnahe Prozesse darstellten, was das Festhalten an einer invalidisierenden Schmerzsymptomatik und Parese des rechten Beines anbelange. Es sei unvereinbar mit einer dissoziativen Lähmung (oder psychogenen Parese) des rechten Beines, dass die Beschwerdeführerin gleichzeitig Auto fahre, d.h. den rechten Fuss aktiv betätige für das Bedienen des Gaspedals und der Bremse. Weiter seien die vorgetragene heftigsten Schmerzen und die Angabe, sie könne ohne die hohe Dosis an Schmerzmitteln gar nichts machen, in Frage zu stellen. Die Beschwerdeführerin habe am Untersuchungstag bei der Gutachterin und auch beim Neurologen die angeblich dringend benötigten Medikamente nicht oder unvollständig eingenommen, was sie teilweise angeben habe, als es um die Bestimmung der Blutspiegel gegangen sei. Auch das angeblich zuverlässig eingenommene Tramadol sei im Blut nicht nachweisbar gewesen. Diese Diskrepanz zwischen den Angaben und dem Verhalten sei nicht mit einem bewusstseinsfernen psychischen Prozess erklärbar, sondern sei das Ergebnis eines bewussten Entscheids. Diese Einschätzung werde durch das Ergebnis des Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome (SFSS), einem Test zur Symptomvalidierung, gestützt.

Dort habe die Beschwerdeführerin einen erhöhten Wert aufgewiesen, der einen zusätzlichen Hinweis auf das Übertreiben oder das absichtliche Erzeugen von Symptomen liefere (Urk. 6/119/71-72, S. 20-21 des Gutachtens). Dr. E.____ gelangte zum Schluss, aus den genannten Gründen könne sie heute keine dissoziative Störung diagnostizieren. Die geltend gemachte Funktions ein busse im rechten Fuss und im rechten Bein könne keiner psychischen Störung von Krankheitswert zugeordnet werden. Für die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung fehle das Kardinalsymptom: der anhaltende quälende Schmerz, der mit den objektiven Befunden nicht zu erklären sei. Wie bereits dargelegt, mache die Beschwerdeführerin zwar heftige Schmerzen geltend, auf der Ver haltensebene sei diese Schmerzsymptomatik jedoch sehr fraglich, insbesondere sei ein hoher Grad an Schmerzen unwahrscheinlich. Allein das Geltendmachen von heftigen Schmerzen, die seitens der Somatik nicht erklärt werden könnten, qualifiziere nicht für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sozu sagen als Restkategorie für unerklärbare Beschwerden (Urk. 6/119/73, S. 22 des Gutachtens).

E. 3.3.3

Gestützt auf die Beurteilung von Dr. B.____ wurde i n der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des A.____-Gutachtens vom 3. Oktober 2016 im Wesentlichen festgehalten, die Lähmung des rechten Beines sei im Rahmen einer dissoziativen Bewegungsstörung psychiatrisch zu interpretieren. Diese werde aktuell zusätzlich überlagert durch eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittel gradig bis schwere Episode (ICD-10: F33.1) und darauf aufgepfropft durch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Diese ganze Entwicklung sei zu erklären auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 Z73.52) und geringem Strukturniveau nach OPD-2, Achse 4. Zentral für die dysfunktionale Entwicklung seien die Persönlichkeitsaspekte. Die Persönlichkeit werde von der Beschwerdeführerin selbst als dichotom erlebt und geschildert (Dichotomie zwischen idealer Kindheit, Jugend und Adoleszenz bis zum Absturz im Juni 2011 in eine völlig wertlose, lebensunwerte und nur negativ bezeichnete Lebensphase, in der sie sich als Persönlichkeit nur noch als insuffiziente, behinderte, fast verkrüppelte beziehungsweise wie ein Opfer ge schädigte Frau beschreibe). Eine reine Schwarzweissmalerei gehe meist mit einer prämorbid geringen Fähigkeit einher, eigene Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren und Anderen gegenüber zu kommunizieren. Insgesamt müsse die Persönlichkeitsentwicklung vor dem multikulturellen Hintergrund auf dem Boden der bestehenden kulturellen, religiösen und politischen Konflikte und Differenzen gesehen werden. Als Muslimin in einem christlich- und sozialistisch-geprägten Umfeld mit Muttersprache Türkisch, auf den Strassen albanisch spre chend und in der Schule mit Serbisch unterrichtet zu werden, berge sicher wes entlich mehr Konflikte und Spannungen, als die Beschwerdeführerin es wieder geben könne. Wahrscheinlich habe sie früh gelernt, Konflikte, Spannungen und aver sive Emotionen komplett zu verdrängen beziehungsweise auszublenden. Bei fehlender eigener Problem-, Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung könnte dann der Unfall als Auslöser gedient haben, bisher ausgeblendete eigene Schwächen, negative Gefühle und vor allem depressive Anteile nun endlich kommunizieren zu können. Bei ausgeprägter Strukturschwäche und fehlender Konfliktfähigkeit könne dies zur unbewussten Symbolisierung im Sinne einer Konversion bei tragen, wobei hier sicher von einem somatischen Korrelat ausgegangen werden müsse, das allenfalls ausgestaltet worden sei (Urk.

6/144/14 f.). Trotz der in den somatischen Untersuchungen als hochgradig imponierenden Diskrepanz zwischen den Beschwerden, den klinischen Befunden und insbesondere dem Verhalten und der spontanen Beweglichkeit gemäss Videoobservationen, erscheine aus psychiatrischer Sicht die Konsistenz insofern gegeben, als es sich aus Sicht des begutachtenden Psychiaters um ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild handle, welches der Beschwerdeführerin nur teilweise bewusst zugänglich sei. Insbesondere sei aus psychiatrischer Sicht nicht davon auszugehen, dass die Einschränkungen bewusst vorgetäuscht würden, sondern vielmehr davon, dass die Einschränkung im Rahmen der dissoziativen Bewegungsstörung tatsächlich intrapsychisch als solche erlebt und verinnerlicht worden sei, obwohl die äusserliche gelebte Realität dem widerspreche. Dieser Umstand zeige sich vermutlich bereits beim initialen Auftreten der neurologisch/somatisch nicht erklärbaren Lähmung im Rahmen der invasiven Grenzstranginfiltrationen in der F.____, wo das betroffene Bein quasi abgespalten worden und seither in der innerpsychischen Überzeugung bis zum heutigen Tag auch abgespalten geblieben sei. Es liege somit eine eigenständige psychiatrische Krankheit vor, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränke und die hochgradige Diskrepanz zwischen Beschwerden, Klinik und Alltagsverhalten teilweise erkläre. Trotz subjektiv hohem Leidensdruck sei eine partielle Überwindbarkeit anzunehmen im Rahmen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/144/15 f.). In seiner Stellungnahme vom 18. November 2016 hielt Dr. B.____ zusätzlich fest, es handle sich hier um eine nicht bewusst gesteuerte, bewusstseinsferne Abwehr, welche zur Entlastung auf der psychischen Ebene durch die Symptombildung führe und sich in der Zwischenzeit trotz offensichtlichem Widerspruch zur Alltagsaktivität verinnerlicht habe

(Urk. 6/150/2 f.).

E. 3.3.4

Nach Auseinandersetzung mit diesen zwei psychiatrischen Gutachten ist dem RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2017 zuzustimmen. Er hielt fest, die psychodynamischen Erklärungen von Dr. B.____

klängen zwar gut, seien aber nicht mit der Beschwerdeführerin besprochen und bezüglich ihrer Richtigkeit validiert worden. Zudem fänden sich kaum Aussagen der Beschwerdeführerin, welche solche Überlegungen überhaupt zuließen. Sie entsprängen der Phantasie des Gutachters. Dass ein intrapsychischer Konflikt vorliege, sei bei fehlenden Aussagen der Beschwerdeführerin dazu kaum vorstellbar. Vielmehr sei der Begutachtung von Dr. E.____ zu folgen, welche die präsentierten Befunde als bewusstseinsnahe Demonstration angesehen habe (Urk. 6/157/7). Dem sind die nachfolgenden Erwägungen beizufügen.

E. 3.3.5

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Untersuchung vom 4. Mai

2015 gegenüber Dr. E.____ an, sie könne auf dem rechten Fuss nicht abstehen wegen Schmerzen, diese seien extrem und erreichten auf der visuellen Analogskala 8-9/10. Sie sei auf sehr viele starke Schmerzmittel angewiesen und könne gar nichts machen. Dr. E.____ beschrieb sodann, die Beschwerdeführerin stütze sich auf zwei Krücken, halte das rechte Bein in einer Schonhaltung

und schleife es nach beim Gehen (Urk. 6/119/66, S. 15-16 des Gutachtens). Anlässlich der Begutachtung im A.____ im Jahr 2016 präsentierte die Beschwerdeführerin wiederum eine hochgradige Parese des gesamten rechten Beines. Im Gutachten wurde festgehalten, sie sei mit Beinschiene und Gehstöcken unterwegs und belaste das rechte Bein nicht. Im Sitzen bewege und trage sie das Bein mit den Händen, wie wenn es vollständig gelähmt wäre. Das Aufstehen aus dem Stuhl sei nur äusserst umständlich möglich, das Bein werde dabei nicht belastet (Urk. 6/144/12). Die Beschwerdeführerin gab ausserdem explizit an, die Symptomatik habe sich seit 2012 nicht wesentlich verändert (Urk. 6/144/13). Eine Lähmung des rechten Beines ist auf den Observationsaufnahmen nicht zu erkennen. Die hochschwangere Beschwerdeführerin stieg am 19. Dezember 2013 flüssig, unter Benützung ihres rechten Beines und ohne sich irgendwo abzu stützen, aus ihrem Fahrzeug aus. Die Stöcke behändigte sie nach dem Aus steigen (Urk. 7/1, Minute 02.44-4.53). Am 10. Januar 2014, beim Einkaufen im Schuhgeschäft mit ihrer Tochter, belastete sie ihr rechtes Bein häufig voll ständig und stützte sich beim Gehen nicht richtig auf die Stöcke ab (Urk. 7/1, Minute 03.30-05.49). Dasselbe kann auch am 1. Februar 2014, also rund zwei Wochen vor der Geburt des dritten Kindes, beobachtet werden (Urk. 7/1, Minute 07.44-08.00). Im Videomaterial ist nirgends ein Nachschleifen des rechten Beines oder auch nur ansatzweise eine Immobilität des rechten Beines erkennbar. Vielmehr ist ein einsatzfähiges rechtes Bein zu beobachten. Die Einsatzfähigkeit wird zusätzlich auch durch das Führen eines Fahrzeuges (mit Automatik ge-triebe) belegt, was die Benützung des rechten Beines für die Bedienung des Gas- und des Bremspedals erfordert. Der begutachtende Internist des A.____ hielt in seiner Beurteilung fest, auf die Diskrepanzen angesprochen habe die Beschwerdeführerin etwas ausweichend ausgeführt, man habe sie observiert. Sie sei unter Stress gestanden, es sei keine normale Situation gewesen (Urk. 6/144/8). Diese Aussage widerspricht allerdings dem entspannten Eindruck, welchen die Beschwerdeführerin in den Video aufnahmen vermittelt. Ebenso wenig überzeugend ist der Hinweis, sie habe vor gut zwei Jahren (lediglich) zwei Mal probiert, mit dem Auto mit Automatik getriebe zu fahren. Genau hierbei sei sie bei der Observation gefilmt worden (Urk. 6/144/60). Diese Erklärungsversuche vermögen nicht zu überzeugen, ist doch bekannt, dass observierte Personen jeweils anführen, sich bei der Beobachtung in einem Ausnahmezustand befunden zu haben. Entgegen der Annahme von Dr. B.____ besteht auch kein Anlass davon auszugehen, die Aufnahmen seien möglicherweise selektiv angefertigt worden (Urk. 6/144/61), denn im Observationsbericht wurden die Beobachtungen durchwegs gleich geschildert, unabhängig davon, ob Aufnahmen gemacht wurden oder nicht (Urk. 7/2). Nach dem Gesagten erscheint nicht schlüssig, dass die Einschränkung des rechten Beines im Rahmen einer dissoziativen Bewegungsstörung tatsächlich intrapsychisch als solche erlebt und verinnerlicht worden ist und dass eine Abspaltung des rechten Beines stattgefunden hat, wie dies Dr. B.____ erörterte (E. 3.3.3). Eine verinnerlichte Abspaltung des rechten Beines müsste durchgehend auftreten. Dem widerspricht aber, dass sich das Verhalten der Beschwerdeführerin verändert, je nachdem, ob sie sich beobachtet fühlt oder nicht, was klarerweise auf einen bewusstseinsnahen Prozess und damit auf Aggravation hindeutet, wie dies Dr. E.____ konstatierte.

E. 3.3.6

Die behandelnde Psychiaterin hielt in ihrem Bericht vom 29. August 2013 fest, die Beschwerdeführerin sei mittelgradig depressiv, niedergeschlagen und ohne Freude und habe sich sozial zurückgezogen. Sie sei eine kranke Mutter und könne nichts mehr selber machen, sei permanent auf fremde Hilfe angewiesen. Eine berufliche Erwerbstätigkeit auf

dem freien Arbeitsmarkt sei nicht zumutbar (Urk. 6/69). Während der Observation Ende 2013/Anfang 2014 vermittelte die Beschwerdeführerin in den Videoaufnahmen allerdings keinen hilflosen Eindruck. Wie gesagt fuhr sie Auto und ging in Einkaufsläden. Eine Niedergeschlagenheit war ebenfalls nicht erkennbar, sie unterhielt sich beispielsweise angeregt mit zwei älteren Damen, lachte dabei und war ihnen freundlich zugewandt (Urk. 7/1, Minute 00.00-02.11). Kurz nach der Observation, am 14. Februar 2014, gebar die Beschwerdeführerin sodann ihr drittes Kind (Urk.

6/96/29). Anlässlich der Begutachtung durch Dr. E.____ am 4. Mai 2015 gab die Beschwerdeführerin schliesslich an, jetzt gehe es ihr psychisch wieder ordentlich, die Ehe sei wieder harmonisch, sie sei sehr zufrieden (Urk. 6/119/63). Die behandelnde Psychiaterin diagnostizierte in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2015 hingegen eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) und attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der psychiatrische Befund wurde sodann in etwa unverändert beschrieben wie im Bericht vom 29. August 2013 (Urk. 6/112). Von einer zwischenzeitlichen Aufhellung der Gemütslage, wie dies die Beschwerdeführerin Dr. E.____ gegenüber geschildert hatte, berichtete die behandelnde Psychiaterin in der Anamnese zum chronologischen Verlauf allerdings nicht, was Fragen aufwirft. Entweder wurde der Bericht nicht sorgfältig verfasst – das heisst die behandelnde Psychiaterin unterliess es, trotz Kenntnis einer Remission der depressiven Symptomatik von einer solchen zu berichten, oder die Beschwerdeführerin war nicht durchgängig in psychiatrischer Behandlung, was dann aber hätte erwähnt werden müssen – oder die Beschwerdeführerin hatte sich bei der behandelnden Psychiaterin trotz Besserung der depressiven Symptomatik weiterhin depressiv präsentiert. Damit lässt sich der Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 3. Dezember 2015 nicht nachvollziehen. Unverständlich ist vor diesem Hintergrund, weshalb Dr. B.____ in seinem psychiatrischen Gutachten festhielt, Dr. E.____ habe mehrfach eine mittelgradige depressive Symptomatik im Verlauf beschrieben, sodass seine Diagnose von ihr gestützt werde (Urk. 6/144/70). Dies trifft nicht zu. Auf eine Remission der depressiven Symptomatik zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. E.____ geht er denn auch nicht ein. Im Zusammenhang mit der postulierten depressiven Symptomatik und der Schmerzproblematik finden sich Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin zur Medikation (E. 3.3.2), was ein weiteres Puzzleteil für die Annahme einer Aggravation darstellt. So musste denn auch Dr. B.____ feststellen, dass der Medikamentenspiegel des Pregabalin etwas unter einem Viertel des wirksamen Minimalspiegels und der Medikamentenspiegel des Duloxetin mit 0.029 mg/l gerade am unteren Rand des Referenzbereiches (0.0030-0.120 mg/l) lagen und dass der Agomelatin-Spiegel praktisch nicht nachweisbar war – bei einem Wert unter 0.5 µg und einem Referenzbereich von 7.0-300.0 µg (Urk. 6/144/65; vgl. auch Urk. 6/144/50).

E. 3.3.7

Nach dem Gesagten erweist sich die Einschätzung von Dr. B.____ nicht nachvollziehbar, diejenige von Dr. E.____ hingegen schon. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, das Gutachten von Dr. E.____ sei nicht verwertbar, da dieses nicht nach den aktuell geltenden Anforderungen und nicht in Kenntnis der vollständigen Akten erstellt worden sei, diesem ein polydisziplinärer Konsens fehle und in diesem nur die für die Unfallversicherung relevanten Fragen beantwortet würden (Urk. 1 S. 5), kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass sich Dr. E.____ weder mit dem Bericht von Dr. med. Mainzer, Oberarzt Fusschirurgie, vom 24. Februar 2015 (Urk. 6/119/5) noch mit dem Bericht von Dr. med.

G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 23. April 2012 (Urk. 6/38/40-43) auseinander zusetzen hatte; die Frage nach der somatisch bedingten Einschränkung war gutachterlicherseits von Dr. C.____ (beziehungsweise Dr. D.____) zu beantworten. Dr. C.____ berücksichtigte die besagten Berichte in seiner Expertise denn auch (Urk. 6/119/12 f.). Das Gutachten von Dr. C.____ war Dr. E.____ sodann bekannt, und am 1. Juli 2015 fand mit ihm eine interdisziplinäre Besprechung statt (Urk. 6/119/60 f. und Urk. 6/119/64, Seite 9 f. und S. 14 des Gutachtens). Dass mit Dr. D.____ keine interdisziplinäre Besprechung stattfand, schmälert die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. E.____ keineswegs, konnte doch auch Dr. D.____ den somatischen Beschwerden kein organisches Substrat zuordnen (Urk. 6/119/47) und fielen auch ihm deutliche Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden und den bei der Untersuchung fassbaren Untersuchungsbefunde im Vergleich zu den objektivierbaren Feststellungen auf (Urk. 6/119/50 f.). Schliesslich trifft nicht zu, dass im Gutachten von Dr. E.____ nur die für die Unfallversicherung relevanten Fragen beantwortet werden; die festgestellte Aggravation ist im Bereich der Invalidenversicherung ebenfalls von ausschlaggebender Bedeutung (E. 1.6). Nicht ersichtlich ist sodann, weshalb Dr. B.____ mit der Stellungnahme des RAD-Arztes vom 3. Februar 2017 hätte konfrontiert werden müssen (Urk. 1 S. 6). Dieser betrachtete die Einschätzung von Dr. B.____ bereits am 19. Oktober 2016 als nicht nachvollziehbar (Urk. 6/157/5), weshalb Dr. B.____ noch am selben Tag um eine Stellungnahme gebeten wurde (Urk. 6/146). Diese wurde am 18. November 2016 (Urk. 6/150) erstattet, ergab aber keine neuen Aspekte und führte auch nicht zur besseren Nachvollziehbarkeit.

E. 3.4

Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den geklagten Einschränkungen in der rechten unteren Extremität (Lähmung des gesamten rechten Beines und CRPS des rechten Fusses) keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, da diese Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Aggravation beruhen (E. 1.6). Das selbe gilt in Bezug auf die geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen. Nachweisbar bleibt somit einzig eine somatisch bedingte Einschränkung auf grund der Vorfuss-Arthrose (Einschränkung beim Gehen/Stehen, Tragen von Gewichten etc.). Dementsprechend ist die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig, in einer leichten körperlichen Tätigkeit in Wechselbelastung, insbesondere in sitzender Position, jedoch zu 100 % (E. 3.2). 4.

4.1

Da die Beschwerdeführerin nicht mehr in ihrem angestammten Beruf arbeitsfähig ist, ist ein Rentenanspruch aufgrund eines Einkommensvergleichs zu prüfen.

4.2

Die Beschwerdegegnerin erklärte in der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2017 (Urk. 2), sie habe bei der erneuten Abklärung des IV-Leistungsanspruches keinen Einkommensvergleich getätigt. Damit verwies sie indirekt auf den ursprünglichen Einkommensvergleich

in der Verfügung vom 13. August 2014 (Urk. 6/83), welcher einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 18.8 % ergeben hatte. Dass dieser Einkommensvergleich nach der gemischten Methode vorgenommen wurde, ist nicht zu beanstanden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde die gemischte Methode zur Bemessung des Invaliditätsgrades mit Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für

Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 (7186/09 in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz) nicht grundsätzlich in Frage gestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 25. April 2016 E. 5.1 f.), sondern bloss im Zusammenhang mit der Rentenaufhebung bei einer Versicherten, bei welcher davon ausgegangen wurde, sie würde ohne gesundheitliche Einschränkungen nach der Geburt ihrer Kinder nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein. Bei der Beschwerdeführerin sind hingegen keine Gründe ersichtlich, weshalb sie heute als Vollzeit erwerbstätige zu qualifizieren wäre. Die Beschwerdeführerin arbeitete vor ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Jahr 2011 in einem Pensum von 81 %. Im Jahr 2011 wurden ihre beiden Töchter 8 und 7 Jahre alt. Mittlerweile ist die Beschwerdeführerin Mutter dreier Kinder, ihr Sohn kam am 14. Februar 2014 zur Welt (Urk. 6/96/29). Eine Statusänderung in dem Sinne, als die Beschwerdeführerin neu als Vollerwerbstätige zu qualifizieren wäre, erweist sich vor diesem Hintergrund als nicht angezeigt. Damit erübrigt sich aber auch eine weitere Klärung der Statusfrage, obwohl das hiesige Gericht die Sache mit Urteil vom 24. August 2015 an die Beschwerdegegnerin (unter anderem) zur Klärung der Statusfrage zurückgewiesen hatte, denn das Gericht erachtete die Geburt des dritten Kindes als möglichen Änderungsgrund, was in Anbetracht der Rechtsprechung des EGMR (Fall Di Trizio) wie gesagt nicht zulässig ist. Es ist daher weiterhin davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitseinschränkung zu 81 % erwerbstätig wäre. Aufgrund der somatisch bedingten Einschränkung im Vorfussbereich ist zudem nicht von einer relevanten Einschränkung im Haushaltsbereich auszugehen. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin dadurch verletzt worden sein sollte, dass die Beschwerdegegnerin keinen neuen Einkommensvergleich vornahm. Es ist somit zu überprüfen, ob der Einkommensvergleich in der Verfügung vom 13. August 2014 korrekt war. 4.3

4.3.1

Ein allfälliger Rentenanspruch konnte frühestens im Jahr 2012 entstehen, nach dem sich die Beschwerdeführerin am 7. September 2011 zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Art. 29 Abs. 1 IVG). 4.3.2

Gemäss Arbeitgeberfragebogen der Y.____ hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2011 ohne Gesundheitsschaden Fr. 36'950.50 mit einem 60 %-Pensum verdient (Urk. 6/1), was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2012 ein Jahreseinkommen von Fr. 37'319.45 ergibt (Index stand 2604 [2011] auf 2630 [2012]; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2016, Nominallöhne Frauen). Gemäss dem Sportamt der Stadt Z.____ verdiente die Beschwerdeführerin als Vereinsabwartin sodann einen Stundenlohn von total Fr. 29.76 (inkl. Ferien- und Feiertagsentschädigung) und leistete ein Arbeitspensum von 21 % (Urk. 6/15), was im Jahr 2011 einem Jahreseinkommen von Fr.

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).

E. 12

‘856.30 (Fr. 29.76 x 9 Stunden pro Woche x 48 Wochen im Jahr) entsprochen hätte. Da die Beschwerdeführerin gemäss Auszug aus dem individuellen Konto im Jahr 2010 allerdings Fr. 13‘907.-- (Urk. 6/19) verdient hatte (wobei allfällige weitere Zuschläge [vgl. Urk. 6/15/7] berücksichtigt worden sein dürften), ist zu ihren Gunsten darauf abzustellen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2012 ergibt sich somit ein Jahreseinkommen von Fr.

E. 14

‘182.--). 4.3.3

Da der Beschwerdeführerin die bisherige Arbeitstätigkeit nicht mehr zumutbar ist, sind zur Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 heranzuziehen. Abzustellen ist auf das standardisierte monatliche Einkommen für weibliche Hilfskräfte von Fr. 4‘225.-- (TOTAL in der Tabelle TA1 der LSE 2010, Frauen), was unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeiten nach Wirtschaftsabteilungen, A-S TOTAL) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2012 (Indexstand 2579 [2010] auf 2630 [2012], vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2016, Nominallöhne Frauen)

ein Jahreseinkommen von Fr. 43‘659.-- bei einem Arbeitspensum von 81 % ergibt (Fr. 4‘225.-- x 12 : 40 x 41,7 : 2579 x 2630 x 81 %). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte einen Abzug von 10 % als lohnmindernden Faktor, da das Tätigkeitsspektrum eingeschränkt sei. Dieser Abzug erweist sich als wohlwollend, im Ergebnis jedoch ohne Belang. Es resultiert somit ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 39‘293.-- (Fr. 43‘659.-- x 90 %). 4.3.4

Wird das Valideneinkommen von Fr. 51‘501.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 39‘293.-- gegenübergestellt, resultiert maximal eine Erwerbseinbusse von Fr. 12‘208.-- beziehungsweise ein (Teil-)Invaliditätsgrad von gerundet 24 %. 4.4 4.4.1

Bei einer Aufteilung der Tätigkeiten Erwerb und Haushalt von 81 % bzw. 19 % und einer 24 %igen Einschränkung im Tätigkeitsbereich Erwerb ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von maximal 19.44 % (81 % x 24 %). 4.4.2

Wie gesagt ist aufgrund der geringfügigen somatischen Einschränkung nicht von einer relevanten Einschränkung im Haushaltsbereich auszugehen, womit sich im Haushaltsbereich ein Teilinvaliditätsgrad von 0 % ergibt. 4.4.3

Die Summe der Teilinvaliditätsgrade beträgt daher gerundet maximal 19 %, was dem Gesamtinvaliditätsgrad entspricht. Da dieser die massgebliche Schwelle von 40 % nicht erreicht, besteht kein Rentenanspruch. Zum selben Ergebnis gelangte auch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 13. August 2014 (Urk. 6/83). 4.4.4

Selbst wenn man von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfalle ausgehen würde, resultierte kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Würde man das höhere Einkommen als Vereinsabwartin beim Sportamt der Stadt Z.____ heranziehen, ergäbe sich im Jahr 2010 bei einer Vollzeitanstellung ein Jahreseinkommen von Fr. 66'224 . -- (Fr. 13'907.-- : 21 x 100). Hochgerechnet auf das Jahr 2012 ergäbe dies ein Valideneinkommen von Fr. 67'534 . -- (Fr. 66'224 . -- : 2579 x 2630). Das Invalideneinkommen betrüge demgegenüber Fr. 48'510 . -- (Fr. 4'225.-- x 12 : 40 x 41,7 : 2579 x 2630 x 90 %), was zu einer Erwerbseinbusse von Fr.

E. 19

,

E. 024

-- beziehungsweise einem Invaliditätsgrad von gerundet maximal 28 % führen würde. 5.

Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 6.

Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 9 00.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerde führerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler - 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, zuzu-stellen.

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

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