

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01344 vom 20. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01344

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01344 du 20 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01344 del 20 giugno 2018

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 , 131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 8. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen (berufliche Massnahmen und Rente) auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch auf IV-Leistungen gestützt auf das psychiatrische Folgegutachten des A.____ vom 6. Juni 2017. Sie stellte im angefochtenen Entscheid fest, aus dem Gutachten gehe klar hervor, dass keine Diagnosen bestünden, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigten. Die vorhandenen Ressourcen könnten für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit genutzt werden. Das Folgegutachten werde sodann höher gewichtet als ein erneuter Bericht des behandelnden Arztes. Die getätigte Internetrecherche sei nicht als Verletzung der Privatsphäre der Beschwerdeführerin zu qualifizieren (Urk. 2 S. 2).

Gemäss dem Folgegutachten sei der Eindruck einer sehr ausgeprägten Aggravation hinsichtlich der im Alltag bestehenden Einschränkungen entstanden. Sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20-30 %. Damit liege in jedem Fall kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vor (Urk. 6 Ziff. 1). Entgegen der Mutmassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin sei keine Observation veranlasst worden (Urk. 6 Ziff. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wies in der Beschwerde auf ein am 25. September 2014 bei den Sozialversicherungen Wetzikon eingegangenes Schreiben hin. Darin sei behauptet worden, dass sie nicht psychisch krank, sondern eine normale Frau sei (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5 oben). Die Beschwerdegegnerin habe sodann eine Internetrecherche getätigt mit zahlreichen Fotos aus den Jahren 2015 und 2016. Je ein Foto stamme aus den Jahren 2012 und 2013. Die Fotos der Internetrecherche zeigten die Beschwerdeführerin praktisch ausnahmslos im Kreise ihrer Familienangehörigen anlässlich von Geburtstagen, Familienfesten, Verlobung und Hochzeit. Hieraus auf ein „hohes Aktivitätsniveau“ zu schliessen, wie die Beschwerdegegnerin dies unternehme, sei verfehlt. Schon gar nicht könne aus der Teilnahme an Familienanlässen etwas abgeleitet werden hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5 unten). Die Internetrecherche und das darauf beruhende Folgegutachten des A.____ vom 6. Juni 2017 seien aus den Akten zu entfernen und zu vernichten (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 8).

Zusammenfassend sei auf das Gutachten des A.____ vom 22. Juni 2016 abzu stellen, wonach sie vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 10 Ziff. 11).

E. 2.3

Mit Verfügung vom 9. Juni 2011 (Urk. 7/60, Urk. 7/50) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2009 befristet bis 30. April 2010 eine ganze Rente zu. Die Beschwerdegegnerin stellte dabei darauf ab, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stetig verbessert habe und ihr die Ausübung einer einfachen Tätigkeit seit Februar 2010 wieder zu 60 % möglich gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt darauf per 1. Mai 2010 einen Invaliditätsgrad von 33 % und verneinte ab diesem Zeitpunkt einen Rentenanspruch (Urk. 7/50 S. 2). Am 1. Oktober 2012 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/63).

Strittig und zu prüfen ist daher vorliegend, ob sich die Verhältnisse seit der letztmaligen Prüfung mit Verfügung vom 9. Juni 2011 massgeblich verändert haben und ob seit diesem Zeitpunkt allenfalls ein Leistungsanspruch entstanden ist. 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin beantragte die Entfernung der Internetrecherche (Urk. 7/163) und des Folgegutachtens des A.____ vom 6. Juni 2017 (Urk. 7/173) aus den vorinstanzlichen Akten. Darüber ist vorab zu entscheiden. 3.2

3.2.1

Bei den Sozialversicherungen Wetzikon ging am 25. September 2014 ein nicht datiertes, von B.____ unterzeichnetes Schreiben (Urk. 7/162 S. 1) ein. Der Verfasser erklärte darin, er wolle auf einen Betrug aufmerksam machen. Er könne bezeugen, dass die Beschwerdeführerin eine normale Frau sei, die keine psychische Krankheit habe. Sie reise alle zwei Monate in die Türkei, um Ferien zu machen. Sie sei immer gut gelaunt. Die Beschwerdeführerin sei nicht krank. Sie betrüge, indem sie behaupte, dass sie krank sei.

Das Schreiben ging der Beschwerdegegnerin gemäss Eingangsstempel am 29. September 2014 zu (Urk. 7/162 S. 2). 3.2.2

Die Beschwerdegegnerin tätigte im Jahr 2016 mehrere Internetrecherchen auf dem Facebook-Profil der Beschwerdeführerin. Gemäss den Angaben der Beschwerdegegnerin fanden die Recherchen am 16. September, am 7. Oktober, am 2. Dezember und am 16. Dezember 2016 statt (Urk. 7/163 S. 1). Die folgenden Seiten der Dokumentation

enthalten Fotos des Facebook-Profiles und sollen die Beschwerdeführerin zeigen (S. 2-86).
3.2.3

Die Beschwerdegegnerin forderte die Gutachter des A.____ am 17. Januar 2017 (Urk. 7/165/1-2) schriftlich auf, zu Ergänzungsfragen Stellung zu nehmen. Sie führte dazu aus, die Beschwerdeführerin sei auf Facebook sehr aktiv. Auf sämtlichen Fotos sehe man sie ausnahmslos fröhlich lachend, gepflegt und geschminkt. Sie unternehme sehr viel mit der Familie und mit Bekannten und Freunden. Sie wirke immer fröhlich sowohl an privaten Partys, grösseren Festen oder auch in gutbesuchten Restaurants sowie in Einkaufszentren. Die Fotos seien in der Schweiz und im Ausland (Türkei) aufgenommen worden.

Aus S. 22 des Gutachtens vom 6. Juni 2016 sei ausgeführt worden, dass die Beschwerdeführerin über einen deutlichen Seelenschmerz berichtet habe. Eigentlich sei sie seelisch wie taub. Sie fühle sich, als ob jemand das Leben aus ihr herausgezogen habe. Sie bewege sich manchmal nur roboterhaft. Oft habe sie keinen Antrieb. Auf Facebook lägen für die Zeit von Oktober 2012 bis zum 5. Oktober 2016 Fotos vor. Ebenso existiere ein Video vom 14. November 2015. Darauf sei die Beschwerdeführerin ausgelassen, fröhlich, festlich gekleidet und tanzend auf einem Fest zu sehen (S. 1).

Die Beschwerdegegnerin stellte den Gutachtern des A.____ die Frage, ob die von der Kundin geschilderten Beschwerden mit den Erkenntnissen aus den Spezialabklärungen (Fotos auf Facebook) zu vereinbaren seien (S. 2 Ziff. 1). Weiter stellte sie die Fragen, ob unter Berücksichtigung der beigelegten Erkenntnisse aus den Spezialabklärungen und den aufgeführten Diskrepanzen weiterhin von einer schizoaffektiven Psychose, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1), ausgegangen werden können (S. 2 Ziff. 2), und ob aufgrund der Erkenntnisse aus den Spezialabklärungen Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation bestünden (S. 2 Ziff. 3). Die Beschwerdegegnerin stellte sodann die Frage, ob gestützt auf die Erkenntnisse der Spezialabklärungen und die dargelegten Diskrepanzen weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne (S. 2 Ziff. 4). 3.3

Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. 3.4

Die Beschwerdeführerin wies in der Beschwerde auf den Artikel von Eichenberger/Pribnow, Rentengrundlage Facebook-Profil?, in HAVE 3/2017 S. 275 ff. hin. Gestützt darauf bezeichnete sie die Internetrecherche der Beschwerdegegnerin mangels einer gesetzlichen Grundlage und mangels eines Anfangsverdachts als illegal (Urk. 1 S. 8 Ziff. 8 unten). Die von der Beschwerdegegnerin getätigte Internetrecherche kann jedoch nicht unbesehen mit der Thematik der Observation einer versicherten Person durch Detektive gleichgesetzt werden. So handelt es sich vorliegend um eine Recherche auf einem Facebook-Profil der Beschwerdeführerin, das von vorneherein einem grösseren Personenkreis zugänglich war. Der Beschwerdeführerin wäre es möglich gewesen, die Einsehbarkeit des Profils entsprechend zu sperren, was sie nicht getan hat. Mit Art. 43 Abs. 1 ATSG besteht zudem eine gesetzliche Grundlage, die den Versicherungsträger anweist, den massgeblichen Sachverhalt abzuklären. Die Abklärungspflicht umfasst grundsätzlich auch eine Internetrecherche auf einem jedermann zugänglichen Facebook-Profil.

In diesem Sinne hat auch das Bundesgericht im Urteil 8C_192/2017 vom 25. August 2017 E. 5.4.3.2 festgestellt, dass die Auswertung von öffentlich zugänglichen Einträgen auf Facebook nicht als Verletzung der Privatsphäre qualifiziert werden kann. Es ergibt sich daher, dass die Akten der Internet recherche und das Folgegutachten des A.____ vom 6. Juni 2017 nicht aus den vorinstanzlichen Akten entfernt werden müssen.

Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin nicht einzig aufgrund dieser Unterla gen, sondern aufgrund einer medizinischen Abklärung entschieden. 4. 4.1

Die Rentenzusprache vom 9. Juni 2011 erging wegen psychischen Beschwerden (vgl. Urk. 7/50) und stützte sich im Wesentlichen auf die nachfolgenden Berich te.

Der damalige Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 18. Januar 2010 (Urk. 7/19/2-5) die Diagnosen einer mittelschweren depressiven Episode bei psychosozialer Belastungssituation und rezidivierender depressiver Episode sowie Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit unreifen Anteilen (Ziff. 1.1). Dr. C.____ attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit dem 22. November 2007 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). 4.2

Dr. med. D.____, Assistenzarzt, und Dr. med. E.____, Oberärztin, F.____, nannten im Bericht vom 1. April 2010 (Urk. 7/21/2-6) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine posttraumatische Belastungsstörung, die seit zirka 2001 bestehe, sowie abhän gige Persönlichkeitszüge (S. 1 Ziff. 1.1). Die Ärzte der F.____ attestierten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit dem 11. Juni 2009 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 1.6). 4.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 16. September 2010 (Urk. 7/25) ein psychiatrisches Gutachten. Der Gutach ter nannte darin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mit telgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine narzisstisch-infantile Persönlichkeitsakzentuie rung (S. 10 Ziff. IV).

Der Gutachter führte weiter aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik in jedweder den Fähigkei ten der Beschwerdeführerin entsprechenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 15 Ziff. 2). Zwischen dem 22. November 2007 bis zirka Februar 2010 sei aus psychiatrischer Sicht durchgehend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei den vorliegenden Berichten zu folgen sei. Spätestens seit Februar 2010 sei von der aktuell attestierten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Ärzte des F.____ hätten am 24. Februar 2010 über eine leichte Besserung des Krankheitsbildes berichtet (S. 15 Ziff. 4). 4.4

Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regio nalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in der Stellungnah me vom 1. November 2010 (Urk. 7/32 S. 5 f.) aus, nach dem psychiatrischen Gutachten von Dr. G.____ sei ein relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Es sei davon auszugehen, dass vom 22. November 2007 (Eröffnung der Warte zeit) bis Ende Januar 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe. Ab Februar 2010 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit (beziehungsweise einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in der freien Wirtschaft) auszugehen (S.

6 oben). 5. 5.1

Dr. med. I.____, Assistenzarzt, und Dr. med. J.____, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, K.____, nannten im Bericht vom 31. Oktober 2012 (Urk. 7/71/2-4) als Diagnosen eine posttraumatische Belastungssituation und eine mittelgradige depressive Episode (S. 2 Mitte). Die Ärzte attestierten der Beschwerdeführerin seit dem 24. September 2012 eine globale Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 unten). 5.2

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt FMH für Pharmazeutische Medizin, erstattete am 27. Dezember 2012 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers ein versicherungsmedizinisches psychiatrisches Konsilium (Urk. 7/76/2-8). Das Konsilium beruhte auf der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 11. Dezember 2012 und den Dr. L.____ überlassenen Akten (S. 1).

Dr. L.____ führte aus, der psychopathologische Befund sei zum Zeitpunkt der Evaluation durch eine leichte Verschiebung der Stimmungslage zum depressiven Pol gekennzeichnet gewesen. Die affektive Auslenkbarkeit sei ebenfalls leicht eingeschränkt gewesen. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin resigniert, gekränkt und verbittert. Zusammengefasst sei der Befund mit einer mittelgradig ausgeprägten Depression vereinbar, die aktuell am Zurückgehen sei (S. 5 Ziff. 3). Nach Vorgeschichte, Beschwerdeschilderung, bisherigem Krankheitsverlauf und aktuellem Befund liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Das Krankheitsbild sei in Rückbildung begriffen und nur noch leichtgradig ausgeprägt. Ausserdem bestünden anamnestisch begründete Annahmen, die eine posttraumatische Belastungsstörung wahrscheinlich machten (S. 5 Ziff. 4). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Küchenhilfe sei aus psychiatrischer Sicht dem Krankheitsbild und dessen klinischer Ausprägung bislang angemessen gewesen. Dr. L.____ ging davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit vorläufig fortzuschreiben sei. Ob anschliessend an berufliche Massnahmen wenigstens wieder eine Teilarbeitsfähigkeit resultiere, sei derzeit noch nicht prognostizierbar und hänge vom weiteren Behandlungsverlauf ab (S. 6 Ziff. 5). Bei einer mittelgradigen depressiven Episode sei die Prognose unter sachgerechter Behandlung prinzipiell als günstig zu bewerten. Es sei davon auszugehen, dass eine solche Episode innerhalb einiger Monate deutlich rückläufig sei. Dies sei vorliegend bereits teilweise gelungen (S. 6 Ziff. 6). 5.3

Med. pract. M.____ und Dr. med. N.____, Oberarzt, O.____, berichteten am 19. Januar 2015 (Urk. 7/124 = Urk. 7/150) über den vierten stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der O.____, der vom 21. November bis 5. Dezember 2014 gedauert hatte (S. 1 oben).

Sie nannten als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, und eine posttraumatische Belastungsstörung. Ergänzend gaben die Ärzte an, die Einweisung in die Klinik sei freiwillig durch den Hausarzt der Beschwerdeführerin erfolgt aufgrund einer akuten Suizidalität. Die Beschwerdeführerin habe sich im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, K.____, in ambulanter Behandlung befunden. Nach einem Therapeutenwechsel sei die Therapie von der Beschwerdeführerin abgebrochen worden. Im Eintrittsgespräch in der O.____ habe sie sich stark niedergeschlagen gezeigt. Weiter habe sie über einen sozialen Rückzug in der letzten Zeit und über ein grosses Misstrauen verschiedenen Personen gegenüber berichtet (S. 1).

Die Beschwerdeführerin habe im Verlauf des Aufenthaltes über reduzierte, aber weiterhin bestehende Angst- und Panikzustände, insbesondere in der Nacht, sowie über Alpträume

mit Durchschlafstörungen berichtet. Nach einer Erhöhung und Umstellung der Medikamente habe sich eine deutliche Verbesserung der Ein- und Durchschlafstörungen eingestellt (S. 2 unten). Eine Umstellung auf Quetiapin sei begonnen und im Beobachtungszeitraum gut vertragen worden (S. 2 f.). 5.4

Vom 19. Dezember 2014 bis 5. Januar 2015 war die Beschwerdeführerin erneut in der O.____ in stationärer Behandlung (Urk. 7/128 Ziff. 1.3).

Lic. phil. P.____, Psychologe, und Dr. N.____, O.____, führten im Bericht vom 13. März 2015 (Urk. 7/128 = Urk. 7/138) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin sei zur Krisenintervention in die Klinik eingetreten, mit einer depressiven Symptomatik und starker Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Gedankenkreisen und Suizidgedanken. Darüber hinaus habe sie berichtet, dass sie beleidigende und kommentierende Stimmen höre. Im Verlauf der Behandlung sei es zu einer zunehmenden Stabilisierung gekommen (S. 1 Ziff. 1.4).

Lic. phil. P.____ und Dr. N.____ attestierten für die Dauer der stationären Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 Ziff. 1.6). Weiter gaben sie an, dass im Rahmen einer Traumafolgestörung Konzentrations- und Auffassungsstörungen (Stimmenhören, Flashbacks, Panikattacken) bestünden. Eine regelmässige und konzentrierte Ausübung einer Erwerbstätigkeit sei gegenwärtig nicht möglich. Zudem bestünden starke Ängste im Umgang mit Mitmenschen (S. 2 Ziff. 1.7). 5.5

Dr. Q.____, Psychologe, und Dr. J.____, K.____, nannten im Bericht vom 10. August 2015 (Urk. 7/140) als psychiatrische Diagnosen eine chronische posttraumatische Belastungsstörung und eine rezidivierende, aktuell mittelgradige depressive Episode. Zudem nannten sie einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung.

Dr. Q.____ und Dr. J.____ führten zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe punktuell von einem sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit berichtet. Eine genauere Exploration sei nicht möglich gewesen. Später sei sie von der Polizei in der Türkei etliche Male festgenommen und mehrmals gefoltert worden. Im Jahr 2001 sei sie nach ihrem Mann in die Schweiz geflüchtet (S. 2 Ziff. 1.4 oben). Aus den Akten gehe sodann hervor, dass die Patientin in der Schweiz in einem Restaurant und als Putzhilfe am Flughafen gearbeitet habe. Diese Tätigkeiten seien aufgrund von starken Rückenschmerzen, der hohen Stressbelastung und impulsiven, interpersonellen Schwierigkeiten mit Vorgesetzten nicht mehr durchführbar gewesen. Die Patientin sei seit August 2011 im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer in Behandlung gewesen. Zirka ab März 2012 sei mit einer spezifischen traumafokussierten Behandlung begonnen worden (S. 2 Ziff. 1.4 unten). Die Behandlung sei abgeschlossen worden, nachdem sich die Patientin auf schriftliche Einladungen nicht mehr gemeldet habe (S. 3 Ziff. 1.5).

Neben körperlichen Einschränkungen bestehe aufgrund der psychisch-psychiatrischen Symptome eine arbeitstechnische Limitierung im engeren Sinne von aktuell 50 %. Die Limitierung bestehe vor allem in Form einer verminderten Aufmerksamkeitsspanne, eines verminderten Energieniveaus, einer schnellen Ermüdbarkeit sowie interpersonellen Schwierigkeiten (S. 3 f. Ziff. 1.6). 5.6

Dr. med. R.____ nannte im Bericht vom 22. Februar 2016 (Urk. 7/152/6-8) als Diagnosen eine chronische schizoaffektive Störung und eine chronische posttraumatische Belastungsstörung, die zurzeit im Hintergrund stehe. Die Beschwerdeführerin sei ohne

Depot-Risperdal immer wieder hochpsychotisch (Ziff. 1.1). Dr. R.____ führte weiter aus, die Patientin sei mehrmals in der O.____ hospitalisiert gewesen (S. 2 Ziff. 1.3). Sie leide an einer schizoaffektiven Störung. Die Diagnose einer depressiven Episode teile er nicht. Ohne Behandlung mit Neuroleptika bestünden eindeutige Denk- und Affektstörungen (S. 2 Mitte). Bislang sei es nicht möglich gewesen, eine medikamentöse Therapie durchzuführen, weil die Beschwerdeführerin immer wieder vergesse, die Medikamente einzunehmen (S. 2 unten).

In der freien Wirtschaft seien ihr seit Langem und möglicherweise auf längere Sicht keine Tätigkeiten zumutbar (S. 3 Ziff. 1.6). Die erwähnten Beschwerden und Symptome beeinträchtigten die Patientin in ihren Aktivitäten (S. 3 Ziff. 1.7). 5.7

5.7.1

Die Beschwerdegegnerin gab im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts vom 26. Juni 2014 (vgl. Urk. 7/102) beim A.____ ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 22. Juni 2016 (Urk. 7/160) erstattet wurde. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. S.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2016 (Urk. 7/160/21-31) und das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. T.____, Fachärztin für Rheumatologie, vom 6. Juni 2016 (Urk. 7/160/32-38) sind dem Hauptgutachten beigelegt.

Die Gutachterinnen stellten aus interdisziplinärer Sicht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 lit. D.1): - schizoaffektive Psychose gegenwärtig depressiv - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei diskreter degenerativer Veränderung von L5/S1 (ohne Affektion einer Nervenwurzel) im MRI vom 21. April 2011

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachterinnen (S. 12 lit. D.2): - akzentuierte abhängige, narzisstische Persönlichkeitszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung - rezidivierendes Zervikalsyndrom, im MRI vom 21. April 2011 Diskus protrusion bei C5/6 ohne Affektion einer Nervenwurzel - Periarthropathia humeroscapularis links - Übergewicht

Dr. T.____ führte im rheumatologischen Teilgutachten aus, es bestünden ein chronisches rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläre Ausfälle und ein Status nach Zervikalsyndrom im Jahr 2011. Zu diesem Zeitpunkt habe auch eine Periarthropathia humeroscapularis links bestanden, die zurzeit keine Beschwerden mehr verursache. Einzig von Seiten der Lendenwirbelsäule sei sie noch leicht beeinträchtigt. Nach ihren eigenen Angaben überwiegen jedoch die seelischen Probleme. Die Beschwerdeführerin sei aus rheumatologischer Sicht für eine leichtere Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sei eine Wechselbelastung empfehlenswert sowie eine Begrenzung der Gewichte auf 15 kg. In der letzten Tätigkeit habe das Belastungsprofil nicht eingehalten werden können, weshalb insofern eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % möglich sei. In einer Verweistätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit gemäss Belastungsprofil zu 100 % möglich (S. 36 Ziff. 5 oben). 5.7.2

Dr. S.____ führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, die Beschwerdeführerin habe über einen deutlichen Seelenschmerz berichtet. Eigentlich sei sie seelisch wie taub. Sie fühle sich, als ob jemand das Leben aus ihr herausgezogen habe. Sie bewege sich manchmal nur roboterhaft und gehöre nicht richtig sich selbst. Weiter höre sie kommentierende Stimmen. Diese würden ihr häufig vor schreiben, was sie zu tun habe. Auf Nachfrage habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie derzeit keine wesentlichen Suizidgedanken habe (S.

22 Ziff. 2.1 Mitte). Auf der Strasse fühle sie sich nicht wohl. Sie schaue sich manchmal um, ob die Polizei sie verfolge. Sie fühle sich nur sicher, wenn sie sich in ihrer Wohnung aufhalte und eine andere Person bei ihr sei (S. 22 Ziff. 2.1 unten).

Anamnestisch sei sie in der Türkei mehrfach verhaftet und einmal auch gefoltert und missbraucht worden. Im Jahr 2001 sei sie aufgrund einer Zunahme der politischen Verfolgung in die Schweiz gekommen. Von ihrem Mann habe sie sich trotz seiner Gewalttätigkeit nicht trennen können, weil sie nicht allein sein könne (S. 23 Mitte). Die Beschwerdeführerin lebe derzeit getrennt von ihrem dritten Ehemann. Sie bewohne eine 3-Zimmerwohnung, die sie mit ihrem 18-jährigen Sohn teile (S. 24 Ziff. 2.4 Mitte). Eine Motivation für eine Rückkehr in eine regelmässige Arbeitstätigkeit sei nicht gegeben (S. 27 Ziff. 3 oben).

Die Beschwerdeführerin stamme aus einer kurdischen Familie in der Südtürkei. Nach dortiger politischer Verfolgung sei sie im Jahr 2001 in die Schweiz emigriert. Trotz beschriebener unglücklicher Kindheit und späterer politischer Verfolgung seien Vorerkrankungen verneint worden. Etwa im Jahr 2005 habe sie nach ihren Angaben depressive Symptome mit wiederholter Suizidalität entwickelt. Aus diesem Grund seien bislang zwischen 2008 bis 2014 vier stationäre Behandlungen in der O. ___ durchgeführt worden. Neben Depressionen sei immer wieder eine posttraumatische Belastungsstörung diskutiert worden und es sei deswegen auch eine traumaspezifische Behandlung im K. ___ durchgeführt worden. Ein Effekt sei jedoch nicht eingetreten und die Beschwerdeführerin sei weiteren Therapiesitzungen ferngeblieben (S. 27 Ziff. 5 Mitte).

Klinisch sei vor zirka eineinhalb bis zwei Jahren eine Verschlechterung der psychiatrischen Situation eingetreten. Dies sei von der Beschwerdeführerin und den behandelnden Ärzten so angegeben worden. Es stünden massive Angstsymptome in Verbindung mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom, Affektschwankungen und vegetativen Symptomen im Vordergrund. Zusätzlich hätten sich Ängste vor dem Alleinsein akzentuiert. Im psychischen Befund zeigten sich zahlreiche Psychopathologika. Es liege jetzt das Vollbild einer schizofrenen Störung, derzeit depressiv getönt, vor. Es sei davon auszugehen, dass es sich bei den vorgängig beschriebenen Depressionen bereits um Vorboten der jetzt manifest gewordenen schizoaffektiven Störung gehandelt habe (S. 27 Ziff. 5 unten). Aufgrund der ausgeprägten psychischen Funktionsstörungen sei die Arbeitsfähigkeit auf dem psychiatrischen Fachgebiet aufgehoben. Aggravation liege nicht vor (S. 28 oben).

Die Gutachterin führte zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ aus, es lägen massive psychopathologische Funktionsstörungen vor. Eine gewisse Abmilderung der Symptome sei durch eine neuroleptische Medikation erfolgt. Vermutlich sei eine weitere Medikamentenumstellung erforderlich (S. 28 lit. A Mitte). Zur Kategorie „Konsistenz“ wurde ausgeführt, es lägen Einschränkungen im Haushaltsbereich vor. Wegen Verlust des Antriebes und fehlender Ausdauer und Konzentration erfolgten die Haushaltarbeiten nachvollziehbar nur unregelmässig. Eine geordnete Tagesstruktur liege nicht vor. Weiter liege ein massiver Leistungsdruck vor. Eine Belastbarkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe nicht (S. 29 lit. B oben). 5.7.3

Die Gutachterinnen des A. ___ attestierten der Beschwerdeführerin aus bidirektionaler Sicht sowohl für die bisherige als auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (S. 13 oben). Aus psychiatrischer Sicht sei anhand der vorliegenden Unterlagen eine detailgenaue retrospektive Beurteilung schwierig. Eine datengenaue Festlegung könne

nicht erfolgen, da die beschriebenen depressiven Phasen wechselhaft und rezidivierend aufgetreten seien. Auch über die Dauer sei in den Akten keine verlässliche Angabe vorhanden. Mit Vorlage des Berichtes von Dr. R.____ vom 22. Februar 2016 könne von einer validierten manifesten schizoaffektiven Psychose ausgegangen werden (S. 13 Mitte). Eine Verschlechterung sei ab Februar 2016 ausgewiesen. Seither sei die Arbeitsfähigkeit sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit aufgehoben (S. 13 unten). 5.8

5.8.1

Die Beschwerdegegnerin gab beim A.____ ein Folgegutachten in Auftrag. Die psychiatrische Begutachtung erfolgte am 10. Mai 2017 durch Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (S. 1). Das Gutachten wurde am 6. Juni 2017 (Urk. 7/173) erstattet. Die Folgebegutachtung wurde notwendig, nachdem die Gutachterin Dr. S.____ nicht mehr für das A.____ arbeitete und das Begutachtungsinstitut die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin vom 17. Januar 2017 (Urk. 7/165/1-2) daher nicht beantworten konnte (Urk. 7/173 S. 3 lit. A). 5.8.2

Dr. U.____ führte zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie oft keine Motivation habe, sich morgens zu duschen. Ihre Tochter motiviere sie dann dazu. Diese komme zwei- bis dreimal in der Woche mit ihrer eigenen zweijährigen Tochter zu Besuch. Die Tochter motiviere sie auch, sich schön anzuziehen und sich zu schminken und mache dann Fotos. Die Fotos von ihr seien ins Internet auf Facebook gestellt worden. Auf diesen sehe sie immer sehr fröhlich, gut gelaunt und gut gekleidet aus (S. 5 oben). Die Beschwerdeführerin habe ausführlich erzählt, wie die Fotos zustande gekommen seien. Die Ex-Frau ihres Ehemannes habe sie bei der IV angezeigt, dass sie gar nicht krank sei. Aufgrund der Anzeige habe sie ein Gespräch bei der Beschwerdegegnerin gehabt, wobei ihr die Fotos auf Facebook vorgehalten worden seien. Diese würden ihren Zustand aber immer nur für „wenige Sekunden“ einfangen. Sie bemühe sich, auf den Fotos zu lachen und gut gelaunt auszusehen. Sobald das Foto aufgenommen worden sei, sehe sie wieder ganz anders aus (S. 5 Mitte). Im August 2016 sei sie zusammen mit der Tochter, dem Schwiegersohn und dem Enkelkind vier Wochen in der Türkei gewesen. Davor habe sie im Mai 2016 an der Hochzeit ihres Sohnes teilgenommen. Fünf bis sechs Monate davor sei sie ebenfalls in der Türkei gewesen, wobei sie an der Verlobung ihres Sohnes teilgenommen habe (S. 7 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei bei Dr. R.____ in Behandlung. Die Termine fänden in einem Rhythmus von zwei Wochen statt (S. 7 unten).

Die Beschwerdeführerin habe im Erstkontakt starr zu Boden geblickt. Dies habe ausgesprochen unecht und skurril gewirkt, wie einstudiert. Der Eindruck von Ängstlichkeit oder Gehemmtheit in sozialen Situationen sei nicht entstanden – im Gegenteil. Im weiteren Verlauf des Gespräches sei phasenweise durchaus ein guter Blickkontakt zustande gekommen. Die Beschwerdeführerin habe einen sehr selbstbewussten Eindruck gemacht. Hinweise für eine soziale Ängstlichkeit, Selbstzweifel, Selbstvorwürfe etc. hätten überhaupt nicht vorgelegen (S. 9 lit. E. oben). 5.8.3

Der psychiatrische Gutachter nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und abhängigen Zügen (S. 11 lit. G).

Die Beschwerdeführerin sei bereits im Mai 2016 erstmals durch das A.____ begutachtet worden. Nach einer relativ kurzen Zeit sei eine Verlaufsbeurteilung erfolgt. Der

Hintergrund sei, dass bei der Beschwerdegegnerin ein anonymes Hinweis eingegangen sei, wonach die Beschwerdeführerin ihre psychischen Beschwerden nur vortäusche. Die Beschwerdegegnerin habe daraufhin eine Internetrecherche durchgeführt (S. 11 lit. H).

Die aktuelle Untersuchung sei dadurch erschwert gewesen, dass die Beschwerdeführerin über weite Strecken sehr unauthentisch gewirkt und in sich widersprüchliche und zum Teil auch unplausible Angaben gemacht habe. Hinsichtlich der im Alltag vorliegenden Einschränkungen sei der Eindruck einer sehr ausgeprägten Aggravation entstanden. Nach Abzug dieser Aspekte ergebe sich, dass aber durchaus relevante psychopathologische Auffälligkeiten vorliegen würden. Im Vordergrund stehe eine depressiv-dysphorische Verstimmung im Zusammenhang mit einer offensichtlich seit mehreren Jahren bestehenden Partnerschaftsproblematik. Die Beschwerdeführerin lebe seit zweieinhalb Jahren von ihrem Mann getrennt. Sie versuche ihren Ehemann zurückzugewinnen. Dabei konkurriere sie mit dessen Ex-Ehefrau, mit der sie eine Art „Krieg“ führe. Allein schon die Aussagen in diese Richtung seien mit einer schwerer ausgeprägten Depression nicht vereinbar, da bei einer solchen üblicherweise Selbstvorwürfe und nicht an andere gerichtete Vorwürfe im Vordergrund stünden. Zudem bestünden auch keine Energie, kein Antrieb und keine Spannkraft, um eine Art „Krieg“ mit der Konkurrentin um den Ehemann zu führen (S. 12 oben). In der Vergangenheit sei wiederholt die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden. Die Diagnose sei aus heutiger Sicht durchaus nachvollziehbar. Aktuell liege aber nur eine mässig ausgeprägte depressiv-dysphorische Verstimmung im Sinne einer nicht näher bezeichneten rezidivierenden depressiven Störung vor. Die Beschwerdeführerin habe weiter über eine Stimme berichtet, die sie zeitweilig höre. Dabei handle es sich, wenn überhaupt, um Pseudohalluzinationen, da sie den Trugcharakter der Wahrnehmungen erkenne (S. 12 Mitte). In der Vergangenheit sei sodann wiederholt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden. Aktuell hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen der Kernsymptome dieser Störung wie sich aufdrängende Erinnerungen an traumatische Ereignisse ergeben. Die Beschwerdeführerin habe allerdings berichtet, dass sie Angst bekomme, wenn sie einen Polizisten sehe. An dieser Stelle müsse darauf hingewiesen werden, dass sie regelmässig Ladendiebstähle begehe. Dabei sei sie ständig mit der Gefahr konfrontiert, dass die Polizei gerufen werde. Dies habe sie auch schon erlebt. Dass sie trotzdem nicht von den Ladendiebstählen ablasse, zeige eindeutig, dass keinesfalls eine schwerwiegende posttraumatische Symptomatik vorliegen könne (S. 12 unten).

Zu den Fotos auf Facebook sei anzumerken, dass es durchaus zutreffe, dass viele Menschen sich in den sozialen Netzwerken als erfolgreicher, fröhlicher etc. darstellen würden, als sie tatsächlich seien. Auf der anderen Seite sei die Darstellung der Beschwerdeführerin, dass sie quasi nur für Sekunden für das Foto fröhlich sei und sie dann wieder in ihre depressive Stimmung zurückfalle, wenig plausibel. Im Übrigen gehöre eine erhebliche Energie etc. dazu, ein derartiges Täuschungsmanöver zu inszenieren und regelmässig Ladendiebstähle zu begehen. Selbst wenn die eher unplausiblen Angaben der Beschwerdeführerin zutreffen sollten, spräche dies gegen eine stärker ausgeprägte Depression. Insgesamt werde geschätzt, dass Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit vorlägen. Damit bestehe sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20-30 % (S. 13 oben).

Dr. U.____ gab zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ an, die Beschwerdeführerin befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Der Medikationspiegel sei zum Teil unzureichend. Eine Optimierung sei erforderlich (S. 13 lit. A unten). Von der Persönlichkeit her zeigten sich narzisstische Persönlichkeitszüge mit einer deutlich erhöhten Kränkbarkeit. Hinsichtlich der Beziehung zu ihrem Ehemann, von dem sie getrennt lebe, ergäben sich zusätzlich Hinweise für abhängige Persönlichkeitsanteile. Insgesamt ergebe sich das Bild einer Persönlichkeitsakzentuierung. Die Beschwerdeführerin sei sodann belastet durch eine enge finanzielle Situation und durch eine Eheproblematik. Eine Ressource sei die enge Beziehung zur Tochter (S. 14 lit. b und c oben).

Zur Kategorie „Konsistenz“ wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin fühle sich zu keiner beruflichen Tätigkeit in der Lage. Ein Vergleich mit den Aktivitätsniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt sei schwierig, da geschätzt werde, dass Aggravation vorliege. Selbst im Falle des Wegdenkens dieser Problematik ergebe sich, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebene Alltagsgestaltung nicht in Einklang zu bringen sei damit, dass keinerlei berufliche Tätigkeit mehr möglich sein solle (S. 14 lit. B unten).

In der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70-80 % (S. 15 unten). 5.8.4

Eine genaue Festlegung des retrospektiven Verlaufs sei nur sehr schwer möglich, da die rezidivierende depressive Störung wechselhaft verlaufen sei. Dies sei bereits im Erstgutachten des A.____ dargelegt worden. Die Beurteilung werde noch dadurch erschwert, dass ganz offensichtlich eine erhebliche Aggravationsproblematik vorliege, die bei der Erstbegutachtung in dieser Form noch nicht zu erkennen gewesen sei. Aktuell werde geschätzt, dass mit dem Referenzdatum der Verfügung vom September 2011 überwiegend eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 % vorgelegen habe, mit nur kurzfristigen Verschlechterungen während der stationären Behandlung in der O.____ vom 21. November bis 5. Dezember 2014. In diesem Zeitraum sei die Arbeitsfähigkeit natürlich aufgehoben gewesen. Auffällig sei im Übrigen, dass hinsichtlich der Hospitalisation relativ schwerwiegende Diagnosen gestellt worden seien. Weiter habe es sich um einen ungewöhnlich kurzen Aufenthalt von 14 Tagen gehandelt. Danach habe die Beschwerdeführerin die Klinik gegen ärztlichen Rat wieder verlassen. Dies deute darauf hin, dass die Symptomatik vermutlich doch nicht so schwerwiegend gewesen sei, wie es in den von den Ärzten der O.____ gestellten Diagnosen zum Ausdruck gekommen sei. Am ehesten dürfte keine ausreichende kritische Überprüfung der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin erfolgt sein (S. 16 oben). 5.8.5

Dr. U.____ antwortete auf die Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin zum Ergebnis der Internetrecherche, es treffe durchaus zu, dass sich viele Menschen auf Facebook als erfolgreicher, fröhlicher etc. darstellen würden, als sie tatsächlich seien. Auf der anderen Seite sei die Darstellung der Beschwerdeführerin, dass sie quasi nur Sekunden für ein Foto fröhlich sei und sie dann wieder in ihre depressive Stimmung zurückfalle, wenig plausibel. Im Übrigen gehöre auch eine erhebliche Energie dazu, ein derartiges Täuschungsmanöver zu inszenieren und regelmässige Ladendiebstähle zu begehen etc. Selbst wenn die eher unplausiblen Angaben der Beschwerdeführerin 1:1 zutreffen sollten, spräche dies gegen eine stärker ausgeprägte Depression (S. 23 Ziff. 1). Die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose, gegenwärtig depressiv, werde aktuell nicht gesehen (S. 23 Ziff. 2). Es bestünden Hinweise auf Aggravation (S. 23 Ziff. 3 unten). Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde

nicht mehr gesehen (S. 24 Ziff. 4). 5.9

Dr. med. V. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regional ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 13. Juni 2017 (Urk. 7/175 S. 8 oben) aus, der Gutachter des Folgegutachtens vom 6. Juni 2017 habe auf zahlreiche Inkonsistenzen hingewiesen. Es sei eine erhebliche Aggravationsproblematik notiert worden.

Das Gutachten sei umfassend. Es berücksichtige die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome der Beschwerdeführerin und beruhe auf eigenen Untersuchungen. Das Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar und in seinen Feststellungen plausibel. Die Beschwerdegegnerin könne sich darauf abstützen. Der Gutachter habe die im Gutachten vom 22. Juni 2016 gestellte Diagnose einer schizoaffektiven Störung nach der erneuten Begutachtung der Beschwerdeführerin und unter Berücksichtigung der Spezialabklärungen verworfen. Mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, werde ein Gesundheitsschaden diagnostiziert, der die Arbeitsfähigkeit potentiell beeinträchtige. Gemäss dem Gutachten bestehe in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit seit dem 21. März 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 %. 5.10

Die Beschwerdeführerin reichte im vorliegenden Verfahren einen Austrittsbericht der Ärzte der W. ____, vom 17. November 2017 (Urk. 3) ein. Die Ärzte der W. ____ nannten darin als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, und eine posttraumatische Belastungsstörung. Als Differentialdiagnose wurde eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung gestellt.

Die Ärzte der W. ____ führten aus, die Aufnahme in die Klinik sei freiwillig erfolgt zur Stabilisierung und zur medikamentösen Wiedereinstellung (S. 4 oben). Aktuell bestehe eine schwere psychosoziale Belastungssituation (S. 5 oben). 6.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

A. ____-Gutachter Dr. U. ____ wich im Folgegutachten vom 6. Juni 2017 von der Beurteilung durch die Gutachterin Dr. S. ____ ab, die der Beschwerdeführerin ausgehend von der Diagnose einer schizoaffektiven Psychose eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatte. Gemäss Dr. S. ____ besteht die genannte Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung seit Februar 2016 (E. 5.7.2 und 5.7.3 hiervor). Dr. U. ____ nannte demgegenüber als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung. Zudem nannte er eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und abhängigen Zügen, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er kam zum Ergebnis, dass aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten und in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 % bestehe. Der Gutachter stellte sodann eine erhebliche Aggravation fest (E. 5.8.3).

Des Weiteren liegen aktuelle Berichte über mehrere Klinikaufenthalte der Beschwerdeführerin in der O.____ und in der W.____ sowie ein Bericht der behandelnden Ärzte des K.____ vom 10. August 2015 sowie eine Beurteilung durch Dr. L.____ (vgl. vorstehend E. 5.2), welcher jedoch von einer bereits teilweise abgeklungenen depressiven Episode ausgegangen war, vor. Die behandelnden Ärzte stellten darin abweichend zur Einschätzung durch Dr. U.____ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige beziehungsweise schwere Episode, und einer posttraumatischen Belastungsstörung (E. 5.2-5.4 und 5.9 hiervor). Gemäss dem interdisziplinären Gutachten des A.____ vom 22. Juni 2016 besteht aus rheumatologischer Sicht für eine leichtere Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (E. 5.6.1).

E. 6.2

Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine „second opinion“ zu einem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (BGE 138 V 271 E. 1.1; Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2).

Vorliegend konnte nicht auf das interdisziplinäre Gutachten des A.____ vom 26. Juni 2014 abgestellt werden, nachdem Dr. S.____ nicht mehr für das A.____ arbeitete und das Begutachtungsinstitut die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin über ihre Internetrecherche - welche berechtigte Zweifel an der ersten Begutachtung durch das A.____ weckte - nicht beantworten konnte. Aus diesem Grund wurde das psychiatrische Folgegutachten vom 6. Juni 2017 veranlasst. Eine unzulässige „second opinion“ liegt daher nicht vor.

E. 6.3

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

E. 6.4

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis

mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweis belastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 6.5

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

E. 6.6

Dr. S. ___ attestierte der Beschwerdeführerin im interdisziplinären Gutachten vom 22. Juni 2016 für jegliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Auf diese Einschätzung kann jedoch nicht abgestellt werden. Die Gutachterin stützte sich für die Annahme einer gesundheitlichen Verschlechterung zunächst auf die Angaben der Beschwerdeführerin selber und von Dr. R. ___ (vgl. E. 5.7.2 hiervor) und stellte wie dieser die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei Dr. R. ___ nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie handelt. Seine Einschätzung ist daher zurückhaltend zu bewerten. Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. S. ___ finden sich sodann keine weiterführenden Angaben, welche die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose stützen würden. Die Begutachtung durch Dr. S. ___ beinhaltet schliesslich keine Laboruntersuchungen. Dr. U. ___ führte solche durch, was für die Genauigkeit seiner Beurteilung spricht. Es bestehen daher Zweifel, dass die Beschwerdeführerin neu an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Kapitel F 2 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen gemäss ICD-10) leiden soll, nachdem in den übrigen medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für eine solche Erkrankung bestehen.

Im Gutachten von Dr. U.____ werden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin dargelegt. Das Gutachten beruht weiter auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Der Gutachter beantwortete zudem die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin betreffend die Internetrecherche. Dr. U.____ legte sodann nachvollziehbar dar, weshalb er die von den Ärzten des K.____ im Bericht vom 10. August 2015 gestellten Diagnosen einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigen konnte. So sprechen bereits die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung, wonach sie sich mit der Exfrau ihres Ehemannes in einer Art „Krieg“ befinde, um ihren Ehemann zurückzubekommen, gegen die Annahme einer schwerer ausgeprägten Depression. Auch die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung konnten anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. U.____ nicht festgestellt werden. Gegen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung spricht weiter, dass die Beschwerdeführerin offenbar regelmässig Ladendiebstähle begeht. Dabei ist sie ständig mit der Gefahr konfrontiert, dass die Polizei gerufen wird, vor der sie nach eigenen Angaben Angst hat (E. 5.7.3 hiervor). Die betreffenden Symptome können aus diesem Grund, wie von Dr. U.____ dargelegt, nicht erheblich ausgeprägt sein. Die Angaben von Dr. Q.____ und Dr. J.____ im Bericht vom 10. August 2015, wonach die früheren Tätigkeiten der Beschwerdeführerin unter anderem aufgrund von impulsiven und interpersonellen Schwierigkeiten mit Vorgesetzten nicht durchführbar gewesen seien (E. 5.4 hiervor), vermögen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Die von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % vermag daher nicht zu überzeugen. In diesem Zusammenhang ist sodann auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 253 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2006 E. 5.5).

Das psychiatrische Gutachten von Dr. U.____ erfüllt somit die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 6.3 hiervor). Es ist daher auf das Gutachten von Dr. U.____ und nicht auf das Teilgutachten von Dr. S.____ und die Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen.

E. 6.7

Aus dem Gutachten von Dr. U.____ vom 6. Juni 2017 ergibt sich, dass die diagnostisch relevanten Befunde und Symptome nicht schwerwiegend ausgeprägt sind. Der Gutachter stellte lediglich eine depressiv-dysphorische Verstimmung im Zusammenhang mit einer seit Jahren bestehenden Partnerschaftsproblematik fest. Zum Indikator Behandlungserfolg oder -resistenz wies der Gutachter daraufhin, dass der Medikamentenspiegel unzureichend und insofern eine Optimierung erforderlich sei (E. 5.7.3 hiervor). Die Beschwerdeführerin ist der notwendigen Behandlung somit nicht vollumfänglich nachgekommen. Als Komorbidität liegen akzentuierte Persönlichkeitszüge vor (Urk. 7/173 S. 14 oben). Diese ist jedoch nicht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Der Indikator ist somit bestenfalls geringfügig ausgeprägt.

Zum Komplex „Persönlichkeit“ erwähnte Dr. U.____ narzisstische Persönlichkeitszüge mit einer deutlich erhöhten Kränkbarkeit. Weiter bestehen Hinweise für abhängige Persönlichkeitsanteile (E. 5.7.3). Die Beschwerdeführerin ist dadurch jedoch, wie erwähnt, nicht massgeblich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Zum Indikator „sozialer

Kontext" erwähnte der Gutachter eine enge finanzielle Situation und eine Eheproblematik. Als Ressource wurde dagegen auf die enge Beziehung der Beschwerdeführerin zu ihrer Tochter hingewiesen (E. 5.7.3). Der „soziale Kontext" erweist sich daher als ausgeglichen. Zur Kategorie „Konsistenz" ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin zu keiner beruflichen Tätigkeit in der Lage sieht. Da die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit etwa mehrere Ferienreisen in die Türkei unternehmen konnte (vgl. E. 5.7.2), bestehen Zweifel am Verhalten der Beschwerdeführerin. Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die festgestellte Aggravation hinzuweisen. Nach Prüfung der Standardindikatoren ist daher gemäss der Beurteilung durch Dr. U. ___ für eine behinderungsangepasste Tätigkeit von einer höheren Restarbeitsfähigkeit von 70-80 % auszugehen.

E. 6.8

Das hiesige Gericht hatte im Urteil vom 26. Juni 2014 mit Verweis auf einen Bericht der Ärzte des K. ___ vom 31. Oktober 2012 (vgl. E. 5.1) festgestellt, dass im Vergleich mit der Situation im Juni 2011 in psychiatrischer Hinsicht eine Verschlechterung eingetreten sei. Im Urteil war jedoch eine Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer und psychiatrischer Sicht vorbehalten worden (Urk. 7/102 S. 12 E. 5.3). Aus diesem Grund erfolgte die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin und es wurden die Begutachtungen im A. ___ veranlasst. Die Annahme, dass es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen wäre, bestätigte sich in der Folge nicht. So erachtete A. ___-Gutachter Dr. U. ___ eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit der Verfügung vom Juni 2011 als nur schwer möglich. Der Gutachter wies zudem daraufhin, dass die Beurteilung eines Leistungsanspruches durch die erhebliche Aggravationsproblematik erschwert gewesen sei. Er schätzte, dass seit der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom Juni 2011 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit überwiegend eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 % vorgelegen habe. Die attestierte Arbeitsfähigkeit war jeweils kurzfristig für die Dauer der Klinikaufenthalte unterbrochen, für welchen Zeitraum von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist (E. 5.7.4 hiavor). Da es sich um kurzfristige Arbeitsunfähigkeiten handelt, scheidet ein Rentenanspruch für die betreffenden Zeiträume aus (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG).

In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführerin gestützt auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. T. ___ vom 6. Juni 2016 in einer behinderungsangepassten körperlich leichten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % möglich, während ihr die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe nur noch eingeschränkt zugemutet werden kann (E. 5.6.1 hiavor). Gestützt auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. T. ___ und das psychiatrische Gutachten von Dr. U. ___ ist entgegen der vorherigen Vermutung nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Juni 2011, wonach für Hilfstätigkeiten wieder eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bestand (Urk. 7/50 S. 2 Mitte), ergibt sich vielmehr ein verbesserter Gesundheitszustand in dem Sinne, dass von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 70 bis 80 % auszugehen ist. 7. 7.1

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 ausgeglichenem

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). 7.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 7.3

Die Beschwerdeführerin erzielte gemäss dem Arbeitgeberbericht der Z. ___ vom 13. Dezember 2012 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe ein Einkommen von Fr. 3'422.30 pro Monat (Urk. 7/74 S. 2 Ziff. 2.10), wobei sie wieder ein volles Arbeitspensum verrichtete (Urk. 7/74 S. 2 Ziff. 2.9). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin bei diesem Arbeitgeber zu 100 % als Küchenhilfe gearbeitet hätte. Es ergibt sich daher ein Jahreseinkommen von rund Fr. 44'490 (Fr. 3'422.30 x 13; vgl. Urk. 7/74/8), welches an die seitherige Lohnentwicklung anzupassen ist. Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.7 im Jahr 2013, 0.8 im Jahr 2014, 0.4 im Jahr 2015 und 0.7 im Jahr 2016 (Liste T1.10 Nominallohnindex, 2011-2016) resultiert für das Jahr 2016 ein Jahreseinkommen von rund Fr. 45'658.-- (Fr. 44'490 x 1.007 x 1.008 x 1.004 x 1.007). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 45'658.-- zu veranschlagen. 7.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik 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, 139 V 592 E. 2.3, 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 (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person

die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5. 2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und

8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1

mit Hinweisen).

7.5

Nach der medizinischen Beurteilung ist der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte Tätigkeit seit Juni 2011 mit einem Pensum von 70-80 % möglich. Ausgehend von den Tabellenlöhnen LSE 2012 Tabelle TA1 S. 35 sind der Beschwerdeführerin grundsätzlich sämtliche einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art im Kompetenzniveau eins zumutbar. Es ist kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, da den Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin bereits mit dem reduzierten Pensum Rechnung getragen wird.

Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden ergibt sich angepasst an die seitherige Nominallohnentwicklung und bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70-80 % ein Einkommen von 39'593.58 (Fr. 4'112.-- x 12 x 0.75 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008 x 1.004 x 1.007). Es resultiert daher ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 39'594.--.

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 45'658.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 39'594.--, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 6'064.--, was einem leistungsausschliessendem Invaliditätsgrad von rund 13 % entspricht. 7.6

Zusammenfassend haben sich die Verhältnisse verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Juni 2011 und dem von der Beschwerdegegnerin per 1. Mai 2010 ausgewiesenen Invaliditätsgrad von 33 % verbessert. Gestützt auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. T.____ vom 6. Juni 2016 und das psychiatrische Folgegutachten von Dr. U.____ vom 6. Juni 2017 besteht daher unverändert kein Rentenanspruch.

Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2017 erweist sich somit als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 8

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. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

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