

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00136 vom 27. April 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00136)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00136 du 27 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00136 del 27 aprile 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldeverfahren ist die Methode der Invaliditätsbestimmung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass

der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

#### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

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

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

#### **E. 1.6**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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 Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.7**

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

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 20. Februar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Januar 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr über den 28. Februar 2019 hinaus weiterhin die bisher gewährte ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. März 2019 (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass sich die gesundheitliche Situation im Vergleich zur Rentenzusprache spätestens ab dem Zeitpunkt des ersten Gutachtens erheblich verbessert habe (S. 1 unten). Es finde eine relativ lockere psychotherapeutische Behandlung mit Intervallen von mehreren Monaten statt. Dies lasse auf einen geringen Leidensdruck schließen. Ebenso sei beim Medikamentenspiegel bei beiden Medikamenten, die die Beschwerdeführerin nach eigenen Aussagen einnehme, der gemessene Wert ausserhalb des therapeutischen Referenzbereichs gelegen. Daher könne davon ausgegangen werden, dass die Medikamente nicht regelmässig eingenommen würden. Anlässlich der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin geäussert, dass sie das Haus nicht ohne Begleitung verlassen könne. Im Anschluss habe sie aber die Praxis selbständig und ohne Begleitung verlassen können. Gemäss dem Bericht des Abklärungsdienstes gehe sie zudem mehrmals pro Woche alleine in die A. \_\_\_ einkaufen (S. 2 oben). Es stehe im Widerspruch zur geschilderten Niedergeschlagenheit, dass ihr die Betreuung der Einzelkinder Freude mache. Dass sie diese mehrere Stunden alleine betreuen könne, sei nicht nachvollziehbar, da sie selber angebe, immer wieder zu vergessen, was sie gemacht habe oder habe machen wollen (S. 2 Mitte).

Es sei der Beschwerdeführerin daher zumutbar, eine Tätigkeit in einem vollen Pensum auszuüben. Auch eine Einschränkung im Haushaltsbereich könne nicht nachvollzogen werden. Da von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, würde auch ohne die Anwendung der gemischten Methode eine Renten aufhebung resultieren. Sollte von einer vollen Erwerbstätigkeit ausgegangen werden, so sei auch aufgrund der Änderung der Qualifikation ein Revisionsgrund gegeben (S. 2 unten).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), ihr psychischer Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache nicht wesentlich verändert. So habe Dr. med. Y.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom Juni 2016 explizit bestätigt, der Gesundheitszustand habe sich seit 2006 nicht wesentlich verändert, es sei von einer Stabilisierung auszugehen. Dr. med. Z.\_\_\_\_ sei in seinem Gutachten vom August 2018 von einer ernsthaften depressiven Störung ausgegangen und habe dafürgehalten, die seit 2001 anhaltenden depressiven Beschwerden hätten sich mittlerweile chronifiziert. Es mangle somit an einem ausgewiesenen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (S. 4 f.).

Es sei zudem unzulässig, allein gestützt auf unterschiedliche Diagnosen auf eine klare Verbesserung des Zustandsbilds ab Juni 2016 zu schliessen, wie dies Dr. Z.\_\_\_\_ getan habe (S. 5 unten). Von den Gutachtern sei nicht aufgezeigt worden, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sich seit der Rentenzusprache im April 2006 verbessert und überwiegend wahrscheinlich zu einer Steigerung der verwertbaren Leistungsfähigkeit geführt hätten. So habe sie gegenüber den jetzigen Gutachtern wie auch gegenüber der damaligen Gutachterin über die gleichen Beschwerden geklagt und einen in etwa gleich gebliebenen Tagesablauf geschildert. Damit seien die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an ein Revisionsgutachten gestellten Anforderungen nicht erfüllt, weshalb die Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ in den revisionsrelevanten Punkten nicht beweisbildend seien (S. 6 Mitte).

Ein strukturiertes Beweisverfahren sei von beiden Gutachtern nicht vorgenommen worden. Die von der Beschwerdegegnerin im Feststellungsblatt beziehungsweise in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Ressourcenprüfung sei aktenwidrig und willkürlich erfolgt (S. 6 f.). So stehe im Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ kein Wort von unregelmässiger Einnahme von Medikamenten, sondern es werde explizit angeführt, die Medikamente würden eingenommen und die zu tiefen Serumblutspiegel liessen sich mit der verordneten Dosierung, dem Einnahmezeitpunkt und dem Zeitpunkt der Blutentnahme erklären (S. 7 Mitte). Weiter gehe sie nicht mehrmals pro Woche allein in die

A.\_\_\_\_ einkaufen, dies lasse sich auch dem Abklärungsbericht so nicht entnehmen. Vielmehr kaufe sie jeweils samstags zusammen mit ihrer Tochter in B.\_\_\_\_ ein. Das Haus verlasse sie nur, wenn es absolut notwendig sei und sie sich dazu imstande fühle (S. 7 unten). Sie habe nur einen Enkel, welchen sie tatsächlich ein- bis zweimal im Monat einen Nachmittag lang betreue, wobei sie dabei Freude empfinden könne, was kein Widerspruch zu ihrer allgemeinen Niedergeschlagenheit darstelle (S. 8 Mitte).

Schliesslich sei die gemischte Methode zu Unrecht angewandt worden. Der Fakt, dass sie bereits als Mutter dreier kleiner Kinder die Erwerbsarbeit bis zur Invalidisierung wieder in einem Pensum von 50 % aufgenommen habe, spreche dafür, dass sie das Pensum nach Lehrabschluss der Kinder nach oben angepasst hätte. Es sei daher überwiegend wahrscheinlich, dass sie im Revisionszeitpunkt als Gesunde ein Vollpensum ausgeübt hätte, weshalb sie als voll Erwerbstätige zu qualifizieren sei (S. 10 f.).

Falls auf die im Recht liegenden Gutachten abgestellt werde, so sei zu berücksichtigen, dass sie bei den von Dr. Z.\_\_\_\_ attestierten 6 zumutbaren Arbeitsstunden pro Tag in der Leistungsfähigkeit zusätzlich zu 20 % eingeschränkt sei. Richtigerweise errechne sich demnach unter Zugrundelegung eines 8,4 Stunden-Tages beziehungsweise einer 42-Stunden-Woche eine Einbusse von 43 %. Der Gutachter habe nicht nachvollziehbar hergeleitet, weshalb er bei der von ihm skizzierten Ausgangslage von einer

Arbeitsunfähigkeit von maximal 30-35 % ausgehe. Ent sprechend hätte sie noch immer Anspruch auf wenigstens eine Viertelsrente (S. 11 f.).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin aus, bei der Rentenzusprache sei noch von einer Einschränkung im Haushalt von 50 % aus gegangen worden . Die private Wohnsituation der Beschwerdeführerin habe sich seither jedoch verändert, nachdem sie nun mit ihrer Familie in ein Einfamilien haus gezogen sei und der Sohn nicht mehr im selben Haushalt wohne. Diese Än derungen seien geeignet, den Invaliditätsgrad zu ändern (S. 1 unten). Würde der Beschwerdeführerin gefolgt und diese neu als zu 100 % erwerbstätig qualifiziert, so würde sich die Berechnungsmethode ändern, was ebenfalls einen Revisions grund darstelle (S. 2 oben). Zweck einer Indikatorenprüfung sei es, eine im Rah men einer psychischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit zu validieren. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte könne jedoch auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren. Selbst wenn auf die von Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werde, würde kein rentenbegrün dender Invaliditätsgrad resultieren (S. 2 unten).

### **E. 2.4**

Streitig ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete ganze Rente zu Recht per Ende Februar 2019 aufgehoben hat.

Zu prüfen ist zunächst, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer relevanten Ände rung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente am 19. De zember 2006 vorliegt. Im Anschluss ist gegebenenfalls die Art und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit anhand der einschlägigen Standardin dikatoren (vgl. vor stehend E. 1.5-6 ) zu prüfen und gestützt auf die vorzunehmende Qualifikation der Beschwerdeführerin deren Invaliditätsgrad festzulegen. 3. 3.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 19. Dezember 2006 stützte sich auf die nachstehenden ärztlichen Berichte und Stellungnahmen. 3.2

Die Ärzte der Neurologischen Poliklinik des C.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 23. Februar 2002 (Urk. 6/14/15-17) folgende Diagnosen (S. 1): - transientes stuporöses Zustandsbild, Differentialdiagnose (DD) schwere depressive Episode - chronische Depression - anamnestische Migräne

Die Patientin sei am Vortag um 19 Uhr bei der Arbeit zusammengebrochen und dann reglos liege geblieben, auf Ansprache sei keinerlei Reaktion erfolgt. Auf der Notfallstation sei sie später «erwacht» und habe erzählt, dass sie am Ende und oft sehr traurig sei. Es bestehe ein Konflikt mit dem Ehemann und sie mache sich Sorgen um die Kinder (S. 2 oben). Die stuporöse Episode werde als Ausdruck der bekannten Depression mit chronischem Ehekonflikt beurteilt (S. 3). 3.3

Die Ärzte der Medizinischen Poliklinik de s

C.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 30. Juli 2004 (Urk. 6/14/13-14) folgende Diagnosen: - Hyperventilation bei thorakalen Schmerzen - Verdacht auf mittelgradige depressive Episode (F32.1) bei einer Patientin mit Verdacht auf emotional instabile und impulsive Persönlichkeitszüge (Z73.1) - Status nach Echinokokkus-Zysten Resektion 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Überweisungsschreiben vom 2. Oktober 2004 zur ambulanten Psycho- und Soziotherapie an der psychiatrischen Poliklinik (Urk. 6/14/ 9-10 ) aus, er behandle die Beschwerdeführerin und ihren Ehemann seit 1998 (S. 1 oben). Er stellte folgende «Arbeitsdiagnose» (S. 2):  
- Überforderungssituation bei starken Ehekonflikten und massiven Erziehungsschwierigkeiten - Verdacht auf histrionische Persönlichkeitsstörung mit Impulsivität, Konversionssymptomen und demonstrativen Krankheitswünschen

Die Beschwerdeführerin habe er 1998 wegen Migräne und 2000 wegen Schlafstörung und depressivem Zustand behandelt. Schon damals habe sie schwere Eheprobleme mit zerfleischenden Streitereien angegeben. Der Ehemann habe ihre schlechte Impulskontrolle mit theatralischen Zerstörungen von Gegenständen an gegeben. Einmal habe sie Dr. D.\_\_\_\_ gebeten, eine schwere Krankheit für sie zu erfinden und dies ihrem Ehemann zu kommunizieren. Oft habe es auch Suizidge danken gegeben. Eine Überweisung zu einer Psychiaterin habe zu einem sofortigen Abbruch geführt. Auch diese sei direkt aufgefordert worden, eine schwere Krankheit von ihr gegenüber ihrem Ehemann zu konstruieren (S. 1 Mitte). Es bestehe ein hartnäckiger Wunsch ihm gegenüber, wegen Nierenproblemen krank geschrieben zu werden, und zwar für Monate, bis sie wieder gesund werde (S. 2 oben). 3.5

Die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik des C.\_\_\_\_

führten im Bericht vom 18. November 2004 (Urk. 6/14/7-8+11) aus, angesichts des als auffällig zu bezeichnen den Beziehungsverhaltens mit aggressiv dargebrachten Forderungen nach sofortiger Krankschreibung und starken Manipulationsversuchen im ersten Gespräch stelle sich die Frage nach einer frühen Störung. Phänomenologisch könne man von der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit histrionischen Anteilen (F61.0) ausgehen, vermutlich auf Borderline-Niveau (S. 2 Mitte). 3.6

Die Ärzte der E.\_\_\_\_

führten im Austrittsbericht vom 24. Juni 2005 (Urk. 6/16/1-2) aus, die Patientin sei am 22. April 2005 per Fürsorgerechtsentziehung (FFE) wegen Selbstgefährdung eingewiesen worden, nachdem sie mit dem Kopf und den Händen gegen die Wand geschlagen habe. Der Austritt sei am 13. Juni 2005 erfolgt. Es wurden folgende Austrittsdiagnosen genannt (S. 1 oben): - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus (F60.30)

Mit dem Ehemann habe sie Probleme, seit sie vor neun Jahren nach Zürich umgezogen seien, wo dieser mit ihrem ersparten Geld selbständig ein Textilreinigungsgeschäft aufgebaut habe (S. 1 unten). 3.7

Am 22. August 2005

(Urk. 6/16/3-4) berichteten die F.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_, die Patientin habe sich vom 26. Juli bis zum 15. August 2005 zur Behandlung in ihrer Klinik befunden. Die Austrittsdiagnose laute rezidivierende depressive Störung (F33.2). Die Einweisung sei durch das G.\_\_\_\_ erfolgt nach einem Suizidversuch mit Tabletten und intensivmedizinischer Überwachung. Dazu sei es gekommen, nachdem die Spannungen und Streitereien nach dem Austritt aus der E.\_\_\_\_ am 13. Juni 2005 zuhause wieder stark aufgetreten seien (S. 1). 3.8

Die Ärzte der H.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_,

nannten in ihrem Bericht vom 13./14. Februar 2006 (Urk. 6/12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( lit . A ) : - rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, chronisch (ICD-10 F33.1) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

Die Behandlung finde seit dem 26. Juli 2005 statt, ambulant seit der Entlassung aus der F.\_\_\_\_ ( lit . D Ziff. 1 und 3 ) . Seit 9 Jahren gebe es eine persistierende chronische mittelgradige depressive Störung, initial ausgelöst als Erschöpfungsdepression bei Überbeanspruchung durch Arbeit (80 Stunden pro Woche), familiären Belastungssituationen und finanziellen Schwierigkeiten. Es bestehe ein schlechtes Ansprechen auf antidepressive Therapie und Psychotherapie. Die Patientin sei weiterhin stark eingeschränkt bezüglich Schlafqualität, Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit. Haushaltsarbeiten müsse sie ständig unterbrechen und sei auf die Unterstützung durch den Ehemann oder die Kinder angewiesen ( lit . D Ziff. 3 ) . Im formalen Denken bestünden kognitive Denkstörungen, im inhaltlichen Denken ein verminderter Selbstwert. Es gebe einen passiven Todeswunsch. Stimmungsmässig sei sie depressiv, anhedonisch , im Affekt eingeschränkt, psychomotorisch leicht erregbar. Es bestehe eine verminderte Konzentration und Merkfähigkeit ( lit . D Ziff. 5 ) .

Momentan sei die Patientin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Im geschützten Rahmen könne in den nächsten drei Monaten von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden, anschliessend sollte eine Steigerung auf 80-100 % möglich sein ( lit . D Ziff. 7 ) .

3.9  
Dr. med.

I.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 24. Oktober 2006 ihr psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/21). Als Diagnose nannte sie eine chronifizierte mittelgradige bis eher schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie eine chronische generalisierte Angststörung (S. 6 Ziff. 6). Die Versicherte habe zum Tagesablauf angegeben , sie stehe morgens zwischen 6 und 6.30 Uhr auf. Frühstück für die zwei Töchter müsse sie nicht mehr machen. Sie trinke Kaffee und lüfte dann die Wohnung. Sie studiere und studiere, was sie machen solle, was sie kochen solle. Sie rauche. Am Mittag versuche sie zu kochen, werde aber schnell nervös und dann müssten der Mann oder die Kinder helfen. Sie könne sich schlecht konzentrieren, vor allem wenn sie mehrere Sachen gleichzeitig zubereiten wolle. Sie habe auch schon den Herd nicht abgestellt. Am Nachmittag liege sie etwas ab, spazieren gehe sie nie. Lesen oder fernsehen könne sie nicht. Wenn die Töchter aus der Schule kämen, arbeiteten sie zusammen etwas Kleines. Den Einkauf erledige sie am Samstag zusammen mit dem Mann. Das Staubsaugen übernehme auch der Mann, sie staube ab und putze die Lavabos. Sie wasche die Wäsche, die Töchter hälfen beim Aufhängen und Zusammenlegen. Hemden könne sie bügeln. Sobald sie etwas machen wolle im Haushalt, gerate sie in Panik, ob sie es könne, werde nervös und aggressiv. Oft müsse sie dann weinen und aufhören (S. 4 unten Ziff. 3 ) .

Bewusstsein, Orientierung, Gedankengänge und Konzentration seien im fast ein einhalbstündigen Interview unauffällig gewesen. Inhaltlich sei die Versicherte völlig auf ihre gesundheitliche Situation fixiert. Affektiv wirke sie verarmt, freudlos, leblos und nicht schwingungsfähig. Ab und zu kämen Tränen. Mimik und Gestik seien starr. Psychomotorisch sei sie angespannt und nervös (S. 6 Ziff. 5).

Rezidivierende Depressionen seien seit ungefähr 1997 bekannt und seit 2000 akutenkündig. Bei angeblich blander Familienanamnese seien sie bei der bis dahin gesunden und leistungsfähigen Versicherten am ehesten im Rahmen einer chronischen Überlastung ausgebrochen und hätten sich mittlerweile chronifiziert. Die chronische generalisierte Angststörung manifestiere sich in Angespanntheit, Zittern, Grübeln, Sich-sorgen und nächtlichem Aufschrecken. Die impulsiven Durchbrüche könnten im Rahmen der Kombination von Depression und Angst aus Überforderung und Überreiztheit gesehen werden. Die immer wieder erwähnte Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ könne aktuell nicht verifiziert werden (S. 6 Mitte Ziff. 6).

Psychosoziale Belastungen gälten als Stressoren, die Krankheitsschübe auslösen könnten, aber nicht als Ursache der Erkrankung verstanden würden. Dies sei sicher auch bei der Versicherten der Fall. Im weiteren Verlauf bestünden die psychosozialen Belastungsfaktoren und die Erkrankungen parallel und verstärkten sich gegenseitig (S. 6 unten Ziff. 6).

Die Versicherte sei seit April 2005 in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Im Haushalt sei sie etwa zu 50 % arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit entspreche einerseits dem Schweregrad der Depression sowie der Angsterkrankung und der Doppeldiagnose, andererseits dem langen Verlauf und der Chronifizierung. Möglicherweise könne die Beschwerdeführerin mit der Zeit im geschützten Rahmen beschäftigt werden. Ob sie je wieder erwerbsfähig werde, könne nicht vorausgesagt werden (S. 7 Ziff. 7).

#### 4. 4.1

Am 21. Juni 2016 erstattete Dr.

Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ihr psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/63). Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 lit. F): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.01) - Differentialdiagnose (DD) Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (F43.23)

Zu ihrem Tagesablauf habe die Versicherte berichtet, sie stehe sehr unregelmäßig auf, weil sie so schlecht schlafe. Danach mache sie den Haushalt mit vielen Pausen. Sie sei verantwortlich für den gesamten Haushalt, das Einkaufen erledige sie zusammen mit ihrer Tochter. Sie gehe nicht mehr alleine aus dem Haus, weil sie sich verirre. Deshalb sei sie auch nicht im Stande, den öffentlichen Verkehr zu benutzen (S. 6 Mitte). Es bestehe massiver sozialer Rückzug. Hinweise für Selbst- oder Fremdgefährdung gebe es derzeit keine (S. 6 unten).

Eine fachärztliche Behandlung finde seit 2005 statt, über Inhalt, Ziele oder Frequenz dieser Behandlung würden jedoch weder durch den behandelnden Psychiater noch durch die Versicherte nähere Angaben gemacht. Sie berichte, sie gehe alle drei Wochen zum Psychiater. Auch sei nicht nachvollziehbar, warum bei einer derartig chronifizierten Erkrankung keine weiteren Versuche einer medikamentösen Behandlung gemacht worden seien. Das psychiatrische Gutachten im Jahr 2006 habe weder Angaben zum psychopathologischen Befund noch zu den eigentlichen Einschränkungen gemacht (S. 7 oben lit. E).

Bei der aktuellen Begutachtung seien einige Inkonsistenzen aufgefallen. So er folge die Beschreibung der Beschwerden undifferenziert, pauschal und undetailliert in immer den gleichen, aggressiv und fordernd geäußerten Worten: «Ich habe Depressionen und Aggressionen». Auch der Wunsch, ihr Mann möge endlich einsehen, dass es ihr schlecht gehe, werde perseverierend wiederholt. Im psychopathologischen Befund könne objektiv eher eine dysphorisch gereizte Stimmungslage festgestellt werden als eine eigentliche Depression. Inkonsistenzen ergäben sich auch zwischen den vorliegenden Berichten und den nun getätigten Angaben. So werde etwa in keinem der bisherigen Berichte das angeblich auslösende Ereignis von 2001 beschrieben, als die Schwester vor ihren Augen totgefahren worden sei. Es sei schwer nachzuvollziehen, dass ein solch einschneidendes und potenziell traumatisierendes Ereignis, über all die Jahre verschwiegen worden sei und erst jetzt, 15 Jahre später, im Rahmen der Rentenüberprüfung erwähnt werde (S. 7 f. lit. E).

Im Gegensatz zur Vorgutachterin sei durchaus die Differentialdiagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen zu diskutieren. Die Stressoren beziehungsweise die psychosozialen Belastungsfaktoren würden durchaus als ursächlich für die Störung angesehen und nicht lediglich als begünstigend für einen Krankheitsschub. Die im Vordergrund stehende Aggression spreche eher gegen eine primäre depressive Störung. Auffällig sei auch die Tatsache, dass es seit der Berentung keine weiteren stationären Kriseninterventionen mehr gegeben habe, was insgesamt für eine Beruhigung spreche. Es bestehe auch ein Anteil, der relativ bewusstseinsnah, eventuell sogar bewusst sei bei der Darstellung der (depressiven) Störung. Das Berichten von bisher nicht erwähnten Tatsachen spreche für eine bewusste Darstellung beziehungsweise Verdeutlichung der Symptome. Auch die pauschale, sehr undifferenzierte Darstellung der Beschwerden spreche für eine Verdeutlichungstendenz. Sowohl ein primärer als auch ein sekundärer Krankheitsgewinn seien deutlich vorhanden. Insofern müsse auch von einer gewissen Selbstlimitierung ausgegangen werden (S. 8 Mitte lit. E).

Die Versicherte sei seit 2006 in diversen Fähigkeiten gemäss Mini-ICF-App – teilweise erheblich – eingeschränkt.

Da neben der depressiven Störung auch ein bewusstseinsnaher Anteil bestehe, wäre theoretisch eine Besserung der Leistungsfähigkeit möglich beziehungsweise eine Überwindung zumutbar. Verhindert werde dies allerdings durch den primären und sekundären Krankheitsgewinn. Eine Selbstlimitierung bestehe ohne Zweifel, es sei jedoch nicht möglich, den Anteil an der gesamten Störung prozentual anzugeben. Aktuell sei die Versicherte weiterhin für berufliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft nicht einsetzbar. Für die Tätigkeiten im Haushalt bestünden keine Einschränkungen (S. 9 lit. F/b).

Der Gesundheitszustand habe sich seit 2006 nicht wesentlich verändert. Die Störung werde durch den anhaltenden familiären Konflikt unterhalten. Es würden jedoch keine akuten Krisen oder stationären Aufenthalte mehr berichtet seit der Berentung, so dass doch von einer Stabilisierung ausgegangen werden könne (S. 9 lit. G Ziff. 1). Betreffend Haushalt seien in den Vorberichten keinerlei konkrete Angaben zu quantitativen oder qualitativen Einschränkungen gemacht worden. Eine Einschränkung im Haushalt von 50 % sei nicht plausibel (S. 9 lit. G Ziff. 2).

Es sei eine längere stationäre psychotherapeutische Behandlung indiziert, in der die Versicherte sich aus dem konflikthaften Milieu lösen und eine konstruktive Gestaltung ihres Lebens erarbeiten könne. Eine Unterstützung durch ein Antidepressivum wäre sinnvoll und

zumutbar. Sollte die Versicherte sich auf eine solche Therapie einlassen, wäre mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer Leistungsfähigkeit von 50 % zu rechnen. Der berufliche Wiedereinstieg müsste allerdings gestuft und anfänglich in geschütztem Rahmen erfolgen (S. 10 lit. G Ziff. 3). 4.2

Dr. med. J.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 22. Juli 2016 (Urk. 6/92 S. 3-5) aus, die Beurteilungen im Gutachten seien aus versicherungsmedizinischer Sicht mehrheitlich nachvollziehbar. Es sei bei der Gutachterin nachzufragen, weshalb für angepasste Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit vorliege, obwohl keine Einschränkungen im Haushalt bestünden. Sodann beziehe sich die Arbeitsfähigkeit auf das Tätigkeitsprofil einer Hilfsarbeiterin. Es sei danach zu fragen, welche Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen medizinisch-theoretisch möglich sei (S. 4 f.).

Die Rückfragen wurden am 22. Juli 2016 an Dr. Y.\_\_\_\_ übermittelt (Urk. 6/65). 4.3

Am 15. November 2016 (Urk. 6/70) nahm Dr. Y.\_\_\_\_

hierzu Stellung.

Sie führte aus, der Gesundheitszustand habe sich im Verlauf der Jahre leicht stabilisiert, allerdings müsse bei der Beurteilung und der heutigen Diagnose die Leistungseinschränkung neu beurteilt werden. Nach den Kriterien des ICF zeige die Versicherte zwar erhebliche Einschränkungen ihrer Fähigkeiten, andererseits bestehe keine psychiatrische Diagnose, die diese Einschränkungen ausreichend erkläre (S. 1 Mitte). Somit müsse die vorgenommene Beurteilung, dass für angepasste Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit bestehe, korrigiert werden. Die Versicherte sei zwar subjektiv nicht arbeitsfähig und möglicherweise auch mit ihrem Verhalten einem Arbeitsumfeld nicht zumutbar. Rein medizinisch-theoretisch bestehe je doch keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit für Hilfstätigkeiten. Es müsse allerdings von einer starken Entwöhnung ausgegangen werden, so dass diese medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht unbedingt und sicherlich nicht unmittelbar umgesetzt werden könne. Die Versicherte benötige eine Aufbauphase von zum Beispiel 4-6 Monaten (S. 1 f.). 4.4

Dr. med.

K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, E.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 20. April 2018 (Urk. 6/84) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisch depressives Zustandsbild (F33.1), Differentialdiagnose (DD) posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F41.1) - Migräne

Es gebe ein seit über 10 Jahren bestehendes chronifiziertes Zustandsbild, welches höchstwahrscheinlich therapeutisch und/oder medikamentös auch in Zukunft wenig angegangen werden könne. Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität gebe es keine (S. 2 Ziff. 1.4). Es finde eine relativ lockere supportive ambulante Behandlung in unregelmässigen Abständen statt, teilweise mit monatelanger Pause, in klusive medikamentöser Therapie (S. 2 Ziff. 1.5 oben).

Beim Aktenstudium sei ihm die Möglichkeit der Differentialdiagnose einer PTBS aufgefallen. Die Patientin habe verschiedene traumatische Erlebnisse in ihrem Leben gehabt: Ihre Schwester sei überfahren worden, sie selber sei von zwei Männern überfallen worden und habe 1991 eine lebensgefährliche Leberoperation gehabt (S. 2 Ziff. 1.5 unten). Die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiterin sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zumutbar. Es

bestehe eine vollumfänglich verminderte Leistungsfähigkeit (S. 2 f. Ziff. 1.7). 4.5

Am 23. August 2018 erstattete Dr. med.

Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/89). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monophasen Depression, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Ausprägung (F33.9), bestehend seit wahrscheinlich 2001 (S. 18 Ziff. 6.1).

Zum Tagesablauf habe die Versicherte angegeben, sie stehe zwischen 9 und 10 Uhr auf, mache Kaffee, wasche sich und lüfte die Wohnung. Sie räume die Zimmer auf und versorge die Wäsche. Einkäufe erledige sie einmal in der Woche mit den Töchtern. Sie mache in der Wohnung sauber. Sie koche etwas, wenn sie «gut drauf» sei. Hobbies oder Interessen habe sie keine. Manchmal könne sie für eine halbe Stunde Musik hören, es mache aber keinen Spass. Termine lege sie immer auf den Montag, dann könne eine der Töchter sie fahren. Sie gehe nicht alleine nach draussen. Einmal sei sie spazieren gegangen. Sie habe im Wald gesessen und nicht mehr gewusst, wie sie nach Hause komme. Eine der Töchter habe sie schliesslich gefunden (S. 15 Ziff. 3.2.6).

Bei der Versicherten lasse sich zum Untersuchungszeitpunkt

ein depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine deprimierte Stimmung, klinisch höchstens leichte Konzentrationsdefizite, eine innere Unruhe, ein eingegengtes und leicht verlangsamtes formales Denken, eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit, anamnestiche Schlafstörungen und eine leichte Reduktion des Antriebs. Die Tatsache, dass sie angebe, im Kontakt mit ihrem Enkelkind grosse Freude empfinden zu können, spreche gegen das Vorliegen einer schweren Depression. Zudem fänden sich in der klinischen Untersuchung auch nur leichtgradige kognitive Defizite, was ebenso wie der nur leichtgradig reduzierte Antrieb gegen eine schwergradige Depression spreche. Eine generalisierte Angststörung, wie sie im Gutachten von 2006 noch diagnostiziert worden sei, sei weder anamnestiche noch klinisch festzustellen. Die Serumblutspiegel von Quetiapin und Clonazepam lägen ausserhalb des Referenzbereichs, was sich mit der verordneten Dosierung, dem Untersuchungszeitpunkt und dem Zeitpunkt der Blutentnahme durchaus erklären lasse. Die Serumblutspiegel zeigten auf, dass die Versicherte diese beiden Medikamente einnehme (S. 19 f. Ziff. 6.4).

Aktuell erfolge keine medikamentöse antidepressive Therapie der Versicherten, was angesichts der gestellten Diagnosen erstaune. So könne die aktuelle psychiatrische Behandlung nicht als suffizient bewertet werden. Es erstaune zudem sehr, dass Dr. K.\_\_\_\_, nachdem er die Versicherte jahrelang psychiatrisch begleitet habe, nun plötzlich die Differentialdiagnose einer PTBS ins Spiel bringe (S. 20 f. Ziff. 7.2).

Die Beschwerdeschilderung seitens der Versicherten und die Schilderung ihrer Alltagsaktivitäten wiesen zahlreiche Inkonsistenzen auf. So habe sie zum einen massive Konzentrationsdefizite und Gedächtnisprobleme bekundet, die sich klinisch in diesem Ausmass nicht hätten bestätigen lassen. Dass sie beim Drei-Wörter-Test nur zwei von drei Wörtern unmittelbar habe nachsprechen können, sei völlig diskrepant zum übrigen Untersuchungsgespräch. Weiter könne sie angeblich ohne Begleitung von Drittpersonen das Haus nicht verlassen, andererseits habe sie aber sowohl eine Zigarettenpause gemacht

als auch nach dem Untersuchungsende problemlos ohne Begleitung die Praxis verlassen. Zudem bekunde sie ein sehr depressives Zustandsbild, empfinde aber gleichzeitig « mega Freude » bei der Betreuung ihres Enkelkinds. Es erstaune auch sehr, dass ihr das Enkelkind zu einer mehrstündigen alleinigen Betreuung überlassen werde, wenn sie gleichzeitig aufgrund von Desorientierung nicht einmal in der Lage sein solle, allein draussen spazieren zu gehen. Diese Umstände und Angaben der Versicherten seien sehr widersprüchlich. Sie gebe an « null Energie und Antrieb » zu haben, was aber in erheblichem Mass mit dem klinischen Gesamteindruck kontrastiere, sei doch der Antrieb höchstens leichtgradig reduziert. Die Versicherte könne sich sehr wohl für ihre Interessen einsetzen (S. 21 Ziff. 7.3). Für den Beobachter werde eine tendenziöse bis sogar manipulative Note spürbar. Es lasse sich somit eine Aggravation feststellen, die bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwingend mitberücksichtigt werden müsse. Es lasse sich eine Selbstlimitierung feststellen (S. 21 f. Ziff. 7.3).

Es entstehe der ausgeprägte Eindruck, dass die Versicherte sich mit mehr bis gar ausschliesslichem Engagement für eine materielle Entschädigung in Form einer Rente einsetze statt für ihren beruflichen Wiedereinstieg. So sei auch aktenkundig, dass sie sehr fordernd aufgetreten sei und von Ärzten explizit eine Krankenschreibung verlangt habe. Damit werde eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung deutlich. Es sei von einem erheblichen primären, vor allem aber von einem sehr ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Die Krankheit werde von der Versicherten dazu benutzt, sich vom Ehemann zu distanzieren und vor allem auch ihre Kinder durch Hilfs- und Unterstützungstätigkeiten an sich zu binden (S. 22 Mitte Ziff. 7.3).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne die Versicherte 6 Stunden pro Tag tätig sein (S. 28 Ziff. 8.1.1). Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % (Ziff. 8.1.2). Bezogen auf ein Pensum von 100 % bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30-35 % (S. 29 Ziff. 8.1.3). Nachdem Dr. Y. \_\_\_ im Juni 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom, diagnostiziert habe, sei spätestens ab Juni 2016 von einer klaren Verbesserung des depressiven Zustandsbildes auszugehen. Ab dann könne keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr postuliert werden, sondern sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30-35 % auszugehen (S. 29 Ziff. 8.1.4). Eine angepasste Tätigkeit beinhalte einfache, insbesondere handlungsorientierte Tätigkeiten, die in einem gleichmässigen Arbeitstempo erfolgen könnten (S. 29 Ziff. 8.2.1). Für eine angepasste Tätigkeit gälten dieselbe maximale Arbeitsunfähigkeit und derselbe retrospektive Verlauf wie für die bisherige Tätigkeit (S. 29 f. Ziff. 8.2.3-5). Für eine Haushaltstätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % (S. 30 Ziff. 8.2.4).

Empfohlen werde die Weiterführung einer regelmässigen ambulanten psychiatrischen Behandlung mit psychopharmakologisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Therapiestrategien. Eine medikamentöse antidepressive Therapie sei indiziert (S. 30 Ziff. 8.2.6.2). 4.6

Am 24. Oktober 2018 fand eine Haushaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin statt (Urk. 6/91). Dabei habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie sei weiterhin sehr depressiv. In der Nacht sei sie sehr hektisch, tagsüber dann entsprechend müde und oftmals aggressiv. Es gebe aber auch Tage, an denen es ihr etwas besser gehe. Sie gehe dann eine Runde spazieren, zum Beispiel in den nahegelegenen Wald. Auch könne sie dann im A. \_\_\_

in L.\_\_\_\_ ein paar Lebensmittel einkaufen gehen oder seit zwei Jahren dort in der M.\_\_\_\_ einen Kaffee trinken (S. 2 unten). Eine Beschäftigung tagsüber habe sie nicht. Wenn die Töchter nach Hause kämen, werde meistens gemeinsam gekocht, je nachdem, wie sie sich fühle. Wenn es ihr gut gehe, könne sie schon etwas vorbereiten, eine Suppe oder einen Salat, oder etwas im Haushalt machen, eine Wäsche waschen. Sie sei nicht behindert, sondern habe ein Hirnproblem. Einkaufen mache sie grundsätzlich am Samstag mit ihrer Tochter in B.\_\_\_\_ (S. 3 Mitte).

Die Frage, wie viel sie bei Gesundheit arbeiten würde, könne von der Beschwerdeführerin nicht eindeutig beantwortet werden. Sie habe gemeint, sie würde viel leicht 100 % arbeiten oder auch Teilzeit, sie könne es nicht genau sagen. Viel leicht würde auch eine Teilzeitstelle reichen. Der Wunsch nach Unabhängigkeit sei gross. Sie sei nicht faul, das wolle sie betonen (S. 5 Ziff. 2.5).

Der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin legte die Qualifikation auf 50 % Erwerbstätigkeit / 50 % Haushalt fest (S. 5 Ziff. 2.6). Diese sei auch bei der Rentenzusprache 2006 festgelegt worden. Überwiegend wahrscheinlich würde die Beschwerdeführerin bei Gesundheit eine Teilzeitstelle ausüben. Eine Tätigkeit von 100 % sei aufgrund der Erwerbsbiografie nicht nachvollziehbar (S. 5 Ziff. 2.6.1). Im Bereich Ernährung gebe es eine Einschränkung von 30 %, woraus eine Behinderung von 10.5 % resultiere (S. 7 Ziff. 6.1). In den anderen Bereichen gebe es keine anrechenbare Einschränkung (S. 8 f. Ziff. 6.2-5).

Unter Anwendung der gemischten Methode ergebe sich bei einer Einschränkung im Erwerbsbereich von 0 % somit ein Invaliditätsgrad von 5.25 % (S. 9 Ziff. 7). 5.

## **E. 5**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 2. April 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

### **E. 5.1**

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 23. August 2018 (vorstehend E. 4.5) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet. Es ist somit beweiskräftig (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Demgegenüber vermag das mehr als zwei Jahre ältere Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.1) nur teilweise zu überzeugen. So sprach Dr. Y.\_\_\_\_

etwa einerseits angesichts der fehlenden weiteren stationären Kriseninterventionen von einer Beruhigung beziehungsweise Stabilisierung seit der Berentung und diagnostizierte eine gegenwärtig leichte depressive Störung, ging aber andererseits trotz dem von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand gegenüber 2006 aus. Dies erscheint als widersprüchlich. Auf die Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin antwortete sie sodann erst nach fast vier Monaten und musste dabei ihr Gutachten im entscheidenden Punkt vollständig revidieren: Für angepasste Tätigkeiten bestehe nicht etwa keine Arbeitsfähigkeit, sondern im Gegenteil keine wesentliche Einschränkung der

Leistungsfähigkeit (vorstehend E. 4.3). Diese Kehrtwende durch Dr. Y.\_\_\_\_ schadet der Überzeugungskraft ihrer Schlussfolgerungen doch erheblich .

Folglich kann auf ihr Gutachten nur , aber immerhin,

in soweit abgestellt werden, als sie die medizinische und lebensumständliche Sach lage zum Begutachtungszeitpunkt festhielt.

### **E. 5.2**

Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Ausprägung , und begründete dies sorgfältig und nach vollziehbar. Damit hat sich das diagnostizierte Leiden gegenüber dem Beren tungszeitpunkt im Jahr 2006 deutlich verbessert. Damals war von der Gutachterin Dr. I.\_\_\_\_ eine chronifizierte mittelgradige bis eher schwere depressive Störung sowie eine chronische generalisierte Angststörung diagnostiziert worden (vorstehend E. 3.9). Von einer klaren Verbesserung des depressiven Zustandsbild s ist gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. Y.\_\_\_\_ im Juni 2016 auszugehen. Dies überzeugt, nachdem diese dannzumal gar eine lediglich leichte depressive Episode festgestellt hatte (vorstehend E. 4.1 ).

Im Zeitpunkt der Rentenzusprache 2006 hatte sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin noch so präsentiert, dass sie zuvor innert kurzer Zeit zweimal einen stationären Klinikaufenthalt bei der E.\_\_\_\_ hatte in Anspruch neh men müssen, wobei sie dazwischen gar einen Suizidversuch mit Tablett en unter nom m en hatte (vgl. vorstehend E. 3.6-7 ).

Anlässlich der Begutachtung durch Dr. I.\_\_\_\_ habe sie affektiv verarmt gewirkt, freudlos, leblos und nicht schwingungsfähig. Im Gegensatz hierzu stellte Dr. Z.\_\_\_\_ zwar noch ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit fest, attestierte jedoch nur noch eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit und eine leichte Reduktion des Antriebs. Die Verbesserung des Gesundheitszustands ist somit evident, womit entgegen der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2) eine ausführlichere Begrün dung derselben durch den Gutachter entbehrlich war (vgl. vorstehend E. 1.7).

Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin auch dahingehend, als sie geltend machte, der Tagesablauf sei in etwa gleichgeblieben. Denn im Jahr 2006 hatte sie noch angegeben, sie spaziere nie, den Einkauf erledige sie zusammen mit dem Mann und sie gerate in Panik und werde nervös und aggressiv, wenn sie im Haushalt etwas machen müsse (vorstehend E. 3.9). Letzteres erwähnte sie im Jahr 2018 nicht mehr, demgegenüber gab sie an, an guten Tagen gehe sie eine Runde spazieren, kaufe im A.\_\_\_\_ in L.\_\_\_\_ ein paar Lebensmittel ein oder trinke dort in der M.\_\_\_\_ einen Kaffee (vorstehend E. 4.6). Zudem hüte sie ein- bis zweimal pro Monat ihr Enkelkind, was ihr grosse Freude bereite (vorstehend E. 4.5). Die Beschwerdeführerin konnte somit ihr Aktivitätenniveau gegenüber dem Vergleichszustand verbessern.

Selbst ein mehr oder weniger unveränderter Tagesablauf spräche zudem keines wegs zwingend gegen eine Verbesserung des Gesundheitszustands, nachdem Dr. Z.\_\_\_\_ bestehende Inkonsistenzen detailliert aufgezeigt und eine Aggrava tion festgestellt hatte: Die Krankheit werde von der Beschwerdeführerin unter anderem dazu benutzt, ihre Kinder durch Hilfs- und Unterstützungstätigkeiten an sich zu binden. Solcherlei würde wohl bei hohem Aktivitätenniveau kaum gelin gen, weshalb ein geringes Mass an Aktivitäten vorliegend nur in beschränktem Mass zuverlässige Rückschlüsse auf das effektiv noch

bestehende Ausmass der psychischen Beeinträchtigung zulässt (vgl. dazu auch nachstehende E. 5.3).

Damit liegt gegenüber dem Vergleichszeitpunkt vom 19. Dezember 2006 mit Blick auf das diagnostizierte Leiden und die objektiven Beschwerden sowie auf das Aktivitätenniveau insgesamt eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und somit ein Revisionsgrund vor, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend neu zu prüfen ist (vgl. vorstehend E. 1.4). Angesichts der psychischen Erkrankung ist ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 durchzuführen. Da das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_

im Verbund mit den weiteren im Recht liegenden Akten eine schlüssige Beurteilung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin im Lichte der nunmehr massgeblichen Indikatoren (E. 1.6) erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen.

### **E. 5.3**

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin eine deprimierte Stimmung, höchstens leichte Konzentrationsdefizite, eine innere Unruhe, ein eingegengtes und leicht verlangsamtes formales Denken, eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen und ein leichter reduzierter Antrieb festgestellt wurden. Demnach bestehen bei der Beschwerdeführerin mässige psychische Beeinträchtigungen.

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin zwar seit 2005 bei der E.\_\_\_\_ in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet, es sich dabei jedoch in den letzten Jahren lediglich um eine relativ lockere supportive ambulante Behandlung in unregelmässigen Abständen mit teilweise monatelangen Pausen handelte (vorstehend E. 4.4). Eine medikamentöse antidepressive Therapie bestand im Begutachtungszeitpunkt im August 2018 sodann keine, weshalb Dr. Z.\_\_\_\_

die psychiatrische Behandlung als nicht suffizient bewertete (vorstehend E. 4.5). Auch Dr. Y.\_\_\_\_ erachtete es als nicht nachvollziehbar, dass keine weiteren Versuche einer medikamentösen Behandlung mehr gemacht worden waren (vorstehend E. 4.1). Trotz nicht ausgeschöpfter Therapiemöglichkeiten hat sich die Ausprägung der Depression seit der Berentung aber bereits erheblich verbessert. Eingliederungsversuche sind bislang keine aktenkundig. Es liegt demnach weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor.

Eine psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor.

Zum Komplex Persönlichkeit ist vorweg festzuhalten, dass in den im Revisionsverfahren ergangenen ärztlichen Berichten und Gutachten die im Berentungszeitpunkt zumindest diskutierte emotional-instabile Persönlichkeitsstörung mit überzeugenden Argumenten verworfen wurde (vgl. etwa Urk. 6/89 S. 23 unten Ziff. 7.3). Die Beschwerdeführerin verfügt über keine Berufsausbildung, jedoch sammelte sie in der Schweiz von 1997 bis 2005 Berufserfahrung im Gastronomiebereich und von 1999 bis 2006 im Reinigungsbereich (Urk. 6/89 S. 14 Ziff. 3.2.4). Persönliche Ressourcen mindestens zur Ausübung einer Hilfstätigkeit sind somit ausreichend vorhanden.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführer in einem sehr guten Kontakt zu ihren drei erwachsenen Kindern pflegt, wobei die bei den Töchtern noch immer mit der Beschwerdeführerin und deren Ehemann zusammenwohnen. Das Verhältnis mit letzterem ist sehr konfliktbehaftet, gemäss eigenen Angaben streite sie jeden Tag mit ihm, trennen könne sie sich trotzdem nicht von ihm (vgl. etwa Urk. 6/89 S. 13 unten Ziff. 3.2.1). Dafür bereite ihr die ein- bis zwei Mal pro Monat stattfindende Betreuung ihres Enkelkindes grosse Freude. Mit der Mutter in der Türkei telefoniere sie sodann regelmässig (Urk. 6/89 S. 15 Mitte). Weitere soziale Bezugspersonen wurden nicht explizit erwähnt, immerhin ist nach der allgemeinen Lebenserfahrung aber davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihren gelegentlichen Kaffee in der M.\_\_\_\_ im A.\_\_\_\_,

L.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.6) wohl in Gesellschaft einnimmt. Der von Dr. Y.\_\_\_\_ noch festgehaltene massive soziale Rückzug (E. 4.1) dürfte also in dieser Ausprägung nicht oder nicht mehr vorhanden sein. Eine grobe Tagesstruktur ist vorhanden, wobei die Beschwerdeführerin Haushaltsarbeiten wie Wohnunglüften, Zimmer aufräumen, Wäschewaschen, gelegentliches Einkaufen im Dorf und gemeinsames oder selbständiges Kochen ausführt (E. 4.5). An guten Tagen geht sie zudem selbständig spazieren (E. 4.6). Damit verfügt sie durchaus über soziale Ressourcen.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Ins Gewicht fällt hier die Feststellung einer Aggravation und Selbstlimitierung durch Dr. Z.\_\_\_\_. Die Beschwerdeführerin könne sich sehr wohl für ihre Interessen einsetzen, es entstehe aber der ausgeprägte Eindruck, dass sie sich für den Erhalt ihrer Rente engagiere anstatt für ihren beruflichen Wiedereinstieg. Diese Einschätzung vertrat Dr. Z.\_\_\_\_ deziert und begründete sie überzeugend (E. 4.5). Die von ihm erwähnte manipulative Note spürte nicht nur er, sondern zumindest vor der Rentenzusprache im Jahr 2006 auch andere berichtende

Ärzte, von welchen die Beschwerdeführerin teilweise die «Erfindung» von Krankheiten gefordert hatte (vorstehend E. 3.4+5).

Einem deutlichen primären und sekundären Krankheitsgewinn hatte vor Dr. Z.\_\_\_\_ bereits Dr. Y.\_\_\_\_ festgestellt. Auch sie hatte auf Inkonsistenzen hingewiesen, eine Verdeutlichungstendenz ausgemacht und ausgeführt, es bestehe ohne Zweifel eine Selbstlimitierung (vorstehend E. 4.1).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwar vergleichsweise ein eher tiefes Aktivitätenniveau

aufweist. Daraus lässt sich indes kaum etwas zu ihren Gunsten ableiten, da mit Blick auf die gutachterlichen Feststellungen durch Dr. Z.\_\_\_\_

nicht ausgeschlossen werden kann, dass das Aktivitätenniveau bewusst tief gehalten wird, um tatkräftige Unterstützungsleistungen der Familienmitglieder und finanzielle Unterstützung der Sozialversicherung zu erwirken beziehungsweise zu sichern. So kontrastiere gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ die Angabe der Versicherten, «null Energie und Antrieb» zu haben, denn auch in erheblichem Masse mit dem klinischen Eindruck.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanmessen ausgedrückten Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im

Jahr 2006 vor der Rentenzusprache eine zweimonatige so wie kurz darauf eine dreiwöchige stationäre Therapie in der E.\_\_\_\_ absolvierte. Seit her wurde kein Klinikaufenthalt mehr notwendig und in den letzten Jahren fand nur noch eine relativ lockere supportive ambulante Behandlung in unregelmässigen Abständen mit teilweise monatelangen Pausen und ohne antidepressive Medikation statt. Dies lässt auf einen geringen Leidensdruck schliessen. Auch punkto Eingliederung ist in soweit kein besonderer Leidensdruck ersichtlich, als

sich die Beschwerdeführer in mit einer allfälligen Wiederaufnahme einer Erwerbs tätigkeit kaum vertieft auseinanderzusetzen scheint.

#### **E. 5.4**

Dr. Z.\_\_\_\_ bezifferte die Arbeitsunfähigkeit sowohl für die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiterin als auch für eine allfällig ange passte Tätigkeit auf maximal 30 bis 35 % (vorstehend E. 4.5). Die Prüfung der einzelnen Indikatoren führt zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit durch Dr. Z.\_\_\_\_ grosszügig bemessen wurde, dies auch im Vergleich zu Dr. Y.\_\_\_\_ , welche schliesslich davon ausgegangen war, es bestehe unter Berücksichtigung einer Aufbauphase von

4 bis 6 Monaten medizinisch-theoretisch keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit (vorstehend E. 4.1 und 4.3). Zu Recht ging Dr. Z.\_\_\_\_ denn auch von einer «maximalen» Arbeitsunfähigkeit im erwähnten Zahlenbereich aus.

Es mag mit der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2) zwar zutreffen, dass rech nerisch nicht einwandfrei nachvollzogen werden kann, wie Dr. Z.\_\_\_\_ aus 6 zu mutbaren Arbeitsstunden pro Tag und einer Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 20 % insgesamt auf eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 bis 35 % schloss. Es verbietet sich jedoch angesichts der ziffernmässig eindeutigen Gesamteinschätzung durch den Gutachter sowie der mässigen Beeinträchtigungen und der intakten Ressourcen der Beschwerdeführerin klarerweise, den bereits grosszügig an gesetzten maximalen Wert von 30 bis 35 % zu überschreiten. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann aus einer Indikatorenprüfung ohnehin nicht resultieren

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2018 vom 25. September 2018, E. 7.5.2).

Zu Gunsten der Beschwerdeführerin ist der maximale Wert, mithin eine Arbeits unfähigkeit von 35 % in der bisherigen oder in einer angepassten Tätigkeit , als erstellt zu erachten .

Das zumutbare Arbeitspensum beträgt somit 65 %.

#### **6. 6.1**

Die Statusfrage, ob die Beschwerdeführerin also als ganztätig oder zeitweilig er werbstätig einzustufen ist (vgl. vorstehend E. 1.3) , konnte sie selber anlässlich der Haushaltsabklärung nicht beantworten und meinte, sie würde vielleicht 100

% arbeiten oder auch Teilzeit. Die Abklärungsperson verwies betreffend die vorge nommene Qualifikation 50 % Erwerbstätigkeit / 50 % Haushalt auf die Erwerbs biografie (vorstehend E. 4.6), ohne dies jedoch näher zu er läutern . Auch die Be schwerdeführerin nahm Bezug auf ihre Erwerbsbiografie. Ihre Argumentation, dass sie bereits als Mutter dreier kleiner Kinder die Erwerbstätigkeit wieder in einem Pensum von 50 % aufgenommen habe und sie deshalb im Gesundheitsfall nach Lehrabschluss der Kinder ihre Arbeitstätigkeit auf ein Vollpensum aufge stockt hätte, ist stringent. Dies erscheint als

überwiegend wahrscheinlich, insbesondere da die Beschwerdeführerin mit 24 Jahren noch sehr jung war, als sie im Jahr 1993 ihr drittes Kind bekam, und somit auch im Zeitpunkt des Lehrabschlusses der Kinder noch immer gute Stellenaussichten gehabt hätte. Sie ist demgemäss als voll Erwerbstätige zu qualifizieren. 6.2

Da somit sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich (Hilfsarbeitertätigkeiten) zugrunde gelegt werden kann, ist sowohl für die Ermittlung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf die Tabellen der Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) abzustellen und von denselben Zentralwerten auszugehen. Sind die beiden Einkommen ausgehend vom selben Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung und es rechtfertigt sich ein Prozentvergleich (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1). 6.3

Das zumutbare Arbeitspensum beträgt 65 %. Dies führt zu einem rentenaus-schliessenden Invaliditätsgrad von 35 %. Entsprechend bestand nach dem 28. Februar 2019 kein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mehr.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

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. 800.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - 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 Boller

**E. 7**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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