

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00354 vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00354

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00354 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00354 del 31 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

0. Juli 2014; Urk. 9/54). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9 / 62 ; Urk. 9/66) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 17 . Februar 2015 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min de s tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet 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. 1.9

% (19.9 x 0.6) . Um Anspruch auf eine Viertelsrente zu erhalten, müsste die Beschwerdeführerin demzufolge in ihrem zu 40 % zu gewichtenden Aufgabenbereich zu 69 % ([39.5

- 11.9] / 0.4) eingeschränkt sein. Hinweise auf eine Einschränkung in einem solchen Ausmass sind den Akten nicht zu entnehmen und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Auf eine Abklärung im Haushalt ist somit in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten .

Die Beschwerde ist damit abzuweisen . 6 .

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 20 . März 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 17 . Februar 2015 sei aufzuheben und es sei ihr eine angemessene Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen und zum Neurecht an die Vorinstanz zurückzuweisen. Am 28 . Mai 2015 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 5. Oktober 2015 (Urk. 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 17. Februar 2015 (Urk. 2) damit, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vorliege. So sei eine schwere depressive Störung nicht nachvollziehbar und eine Schmerzüberwindung zumutbar. Die psychosozialen Belastungsfaktoren und die diagnostizierte generalisierte Angststörung seien nicht IV-relevant. Zwar bestehe aus somatischer Sicht eine chronisch körperliche Begleiterkrankung, doch sei die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 %

arbeitsfähig.

In Bezug auf die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens ergänzte die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung (Urk. 8), die gemischte Methode komme zur Anwendung. Die Beschwerdeführerin sei zu 60 % einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen. Bei einem Invaliditätsgrad von 16.33 % im erwerblichen Bereich müsste sie im Haushalt zu 76 % eingeschränkt sein, damit ein rein tenbegründender Invaliditätsgrad resultierte; dies sei in antizipierter Beweiswürdigung auch ohne Haushaltabklärung auszuschliessen.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass sie lediglich zu 60 % erwerbstätig gewesen sei. Weshalb von einer 100%igen Arbeitstätigkeit ausgegangen und keine Haushaltabklärung durchgeführt worden sei, sei nicht nachvollziehbar, zumal der psychiatrische Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % im Haushalt attestiert habe. Die angefochtene Verfügung sei bereits aus diesem Grund aufzuheben. Im von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachten werde zudem eine schwere Depression diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgehalten. Die Beschwerdegegnerin habe sich ohne ersichtlichen Grund über diese Einschätzung hinweggesetzt und der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Ebenso werde im Gutachten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin Lasten von maximal 10 bis 12 kg heben und tragen dürfe. Der angestammte Beruf als Pflegerin sei ihr damit nicht mehr möglich. Es erstaune deshalb, dass die Beschwerdegegnerin keinen Einkommensvergleich vorgenommen habe. Die psychosozialen Faktoren und die generalisierte Angststörung trügen im Übrigen zum

Krankheitsbild bei und seien deshalb vor liegend zu berücksichtigen (vgl. auch Urk. 14). 3.
3.1

Der Bericht von Dr. med. B.____, FMH Orthopädie, vom 8. Juli 2013 (Urk. 9/25) hält folgende Diagnose fest: - Osteochondrose L5/S1, weshalb eine Spondylodese L5/S1 mit PLIF am 12. Februar 2013 durchgeführt wurde

Dazu hält er fest, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit ab dem 3. Juni 2013 wieder voll arbeitsfähig sei, solange sie keine Gewichte über 10 kg tragen müsse. 3.2

Im Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. phil. D.____, Klinischer Psychologe und Supervisor, und lic. phil. E.____, Klinische Psychologin, vom

F.____ vom 25. Februar 2014 (Urk. 9/44/6-9) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt: - Mittelgradige depressive Episode - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Adipositas, BMI 31 - Therapieresistentes invalidisierendes lumbospondylogenes Syndrom mit/bei - erheblicher Osteochondrose - Spondylodese L5/S1 beidseits mit Solaris-Schrauben am 19. Februar 2013 - PLIF L5/S1 mit 2 GSS Titan Cages - Hemilaminotomie, Foraminotomie und Neurolyse L5/S1 beidseits - dorsolaterale Knochenanlagerung L5/S1 rechts

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibe zudem folgende Diagnose: - Adipositas, BMI 31

Ergänzend wurde im Bericht festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem 27. September 2013 im Zentrum in Behandlung sei. Sie besuche dort monatliche psychotherapeutische und monatliche psychiatrische Sitzungen. Es bestünden keine Suizidgedanken, jedoch keine Suizidversuche und aktuell keine akute Suizidalität.

Sie sei in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. 3.3

Im Gutachten der MEDAS A.____ vom 10. Juli 2014 (Urk. 9/54) stellen Dr. med. G.____, Rheumatologie FMH, und Dr. med.

H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/54/19): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome - Generalisierte Angststörung - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Chronisches paravertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Status nach Operation am 12. Februar 2013 mit - Spondylodese L5/S1 beidseits mit Solaris (Medtronic)-Schrauben - PLIF L5/S1 mit 2 GSS Titan Cages - Hemilaminotomie, Foraminotomie und Neurolyse L5/S1 beidseits - dorsolaterale Knochenanlagerung L5/S1 rechts - Zustand nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie: - Dorsales Handgelenkganglion rechts - Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (Binge Eating)

Dazu hielten sie fest, dass die Eltern der Beschwerdeführerin wieder nach Kroatien zurückgekehrt seien. Sie habe einen älteren Bruder und eine ältere Schwester, mit Letzterer habe sie keinen Kontakt mehr. Die Beschwerdeführerin sei in der Schweiz geboren und habe hier während drei Jahren die Primarschule besucht. Anschliessend habe sie mit ihren

Geschwistern vier Jahre bei den Grosseltern in Kroatien gelebt, da die Eltern gearbeitet hätten. Sie sei dort von einer Cousine körperlich misshandelt worden und habe fürchterlich Heimweh gehabt. Ab 1990 habe sie wieder in der Schweiz gelebt. Eine Ausbildung habe sie keine absolviert, sondern nach dem 10. Schuljahr fünf oder sechs Jahre in der Küche im I.____ gearbeitet, dann knapp ein Jahr in einer Kunststofffabrik und anschliessend drei oder vier Jahre in der Reinigung im J.____. Nach der Geburt ihrer Kinder habe sie vier Jahre lang im K.____ als Pflegeassistentin gearbeitet. Dort hätten ihre Rückenbeschwerden begonnen. Im Februar 2012 habe sie sich deshalb einer Operation unterzogen. Ihr Ehemann stamme ebenfalls aus Kroatien, er habe dort im Krieg schlimme Dinge erlebt und könne aus psychischen Gründen und wegen Rückenproblemen nicht mehr arbeiten. Er habe ebenfalls einen IV-Rentantrag gestellt, der Entscheid sei noch ausstehend. Sie wohne mit ihrer Familie in einer 4.5-Zimmerwohnung in einem Altbau ohne Lift und müsse 14 Treppenstufen bewältigen. Derzeit komme ihre Mutter zweimal jährlich für fünf bis sechs Monate in die Schweiz, um ihr im Haushalt zu helfen. Die Mutter mache dann den grössten Teil des Haushaltes (Urk. 9/54/7).

Aufgrund ihrer Rücken-, Hüft-, Bein- und Fusschmerzen habe man ihr eine Operation empfohlen. Sie habe zunächst gezögert, aber nachdem der Arzt ihr versprochen habe, dass es nach der Operation wieder gut sei, habe sie sich operieren lassen. Von der Operation sei sie jedoch enttäuscht, sie habe zwar weniger Beinschmerzen und könne wieder gerade stehen, doch habe sie jetzt sehr starke Rückenschmerzen. Die Schmerzen würden auf die Psyche schlagen. In ihrer Kindheit sei sie stets gehänselt worden, habe nie enge Freunde gehabt und schon früh am liebsten alleine sein wollen (Urk. 9/54/8). Auf einer Schmerzskala von 0 bis 10 lägen ihre Schmerzen aktuell bei 7, zwischendurch bei 4 bis

15. Sie könne sicher eine Stunde gut sitzen und gut eine halbe Stunde spazieren. Bücken könne sie sich überhaupt nicht, beim Treppensteigen habe sie Mühe. Sie könne etwa 5 kg tragen, gehe mit dem Rucksack einkaufen, könne pro Gang aber nur wenig kaufen, nur gerade, was sie für einen Tag brauche. Autofahren bis ca. eine halbe Stunde gehe gut, sie fahre etwa einmal pro Woche mit dem Auto. Im Haushalt übernehme sie die Betreuung der Kinder bei den Hausaufgaben, sie könne selber Kaffee kochen, kleine Einkäufe tätigen, die leichte Wäsche besorgen, mit den Kindern spazieren gehen, eine kleine Mahlzeit zubereiten, aber der grösste Teil des Haushaltes werde durch ihre Mutter bewältigt. Ihr Mann helfe manchmal, aber er sei ja auch schwer krank. Sie stehe oft früh, zwischen 5 und 7 Uhr auf, mache ihre Morgentoilette, trinke Kaffee und bereite langsam das Mittagessen vor, mache kleine Einkäufe und zwischendurch immer wieder Ruhepausen. Am Mittag esse sie mit der Familie, nachmittags gehe sie etwas spazieren und habe oft Arzt- oder Therapie Termine. Nach dem Abendessen sitze sie mit der Familie zusammen, schaue wenig TV, lese ein Buch und gehe oft um 21 Uhr ins Bett. Sie schlafe unter anderem wegen der Rückenschmerzen seit Jahren schlecht, zwei- bis dreimal pro Woche müsse sie deswegen nachts aufstehen. Ihre Hand schmerze, nach der schlechten Erfahrung mit der Rückenoperation wolle sie diese jedoch nach Möglichkeit nicht operieren lassen. Sie sei zwei- bis dreimal pro Monat in psychiatrischer Behandlung (Urk. 9/54/9 f.).

Dr. G.____

erkannte keine erhebliche Osteochondrose auf den präoperativen CT Bildern, wohl aber eine deutliche beidseitige Spondylarthrose L5/S1 (Urk. 9/54/15). Die Gutachter hielten

fest, psychosoziale Belastungsfaktoren seien schon früh im Verlauf zu erkennen gewesen. Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit in einem Normalpensum zumutbar, dies solange das Heben und Tragen von Lasten auf 10 bis 12 kg beschränkt sei und keine Arbeiten in prolongiert gebückter Haltung beziehungsweise mit stark vornüber gebeugtem Oberkörper auszuüben seien (Urk. 9/54/17). Die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin komme damit nicht mehr in Frage. Der aus somatischer Sicht zumutbaren angepassten Arbeitstätigkeit stehe aber das psychiatrische Leiden im Wege, das derzeit ein Ausmass angenommen habe, das eine Erwerbstätigkeit nicht zulasse. Die Auswirkungen auf der Ebene von Aktivität und Partizipation seien derzeit gravierend und liessen keine Erwerbstätigkeit zu.

Eine Psychotherapie und eine medikamentöse Behandlung seien dringend indiziert und sollten weitergeführt werden (Urk. 9/54/18 f.). Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde ab dem Datum der Spondylodese vom 12. Februar 2013 als ausgewiesen erachtet (Urk. 9/54/20). Die Beschwerdeführerin habe im letzten halben Jahr etwa 20

bis

25 kg abgenommen, ohne dass sie das gewollt habe (Urk. 9/54/22)

E. 4

Die Beschwerdeführerin hielt die Anträge fest und beantragte zusätzlich, eventualiter sei ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen, welches die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung bezüglich der somatoformen Schmerzstörungen berücksichtige. Mit Eingabe vom 3. November 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 17), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. November 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Wegen einer Spondylarthrose unterzog sich die Beschwerdeführerin am 12. Februar 2013 einer Spondylodese (Urk. 9/54/15). Sie klagt weiterhin über Rückenschmerzen. Gemäss den Gutachten der MEDAS A.____

(Urk. 9/54/16)

f.) zeigte sie jedoch ein auffälliges Schmerzverhalten mit ausserordentlich hohem subjektiv empfundenem Schmerzniveau. Eine seriöse Funktionsprüfung der Wirbelsäule war deshalb nicht möglich. Die klinische Untersuchung zeigte eine rechtskonvexe Skoliose der Wirbelsäule sowie akzentuierte Wirbelsäulenkrümmungen in der Sagittalebene. Aus somatischer Sicht besteht deshalb eine verminderte statisch-mechanische Belastbarkeit des Achsenskeletts. Der Beschwerdeführerin ist jedoch eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit in einem Normalpensum zumutbar, das Heben und Tragen von Lasten sollte dabei auf etwa 10 bis 12 kg beschränkt werden. Zudem sollte sie keine Arbeiten in prolongiert gebückter Haltung beziehungsweise mit stark vornüber gebeugtem Oberkörper verrichten. Das Handgelenkganglion ist hingegen durch eine Operation behandelbar. Die durch das Ganglion verursachten zusätzlichen Einschränkungen sind deshalb in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht nicht zu beachten. Die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin ist der Beschwerdeführerin damit nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit ist jedoch aus somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %

seit dem 3.

Juni 2013 (Urk. 9/54/20) erstellt und aufgrund der Akten ausgewiesen. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten .

E. 4.2.1

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter der MEDAS A.____ eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer depressiver Episode. Die Befundschilderung erweist sich jedoch als praktisch unauffällig. Die Beschwerdeführerin beschrieb namentlich einen geregelten Tagesablauf. Sie bereitet ihrer Familie regelmässig das Mittagessen zu und isst mit dieser, macht mit ihren Kindern die Hausaufgaben und geht mit ihnen oder alleine spazieren. Sie fährt Auto, geht (wenig pro Gang) einkaufen, besorgt die leichte Wäsche, sitzt abends mit ihrer Familie zusammen, schaut wenig TV und liest ein Buch (Urk. 9/54/9 f.). Auch wenn sich die Beschwerdeführerin zwei schendurch mehrmals für 10 bis 15 Minuten hinlegen muss und das geschil derte Tagesaktivitätsniveau nicht sehr hoch ist, übertrifft es doch bei weitem dasjenige, welches man bei einer schwer depressiven Person erwarten würde. So bezeichnete Dr. H.____ dies denn auch lediglich als Episode und ging davon aus, dass die Depression wieder aufhellt (Urk. 9/54/34).

In diesem Sinne waren die Ärzte des F.____ sowohl im Bericht vom 10. Dezember 2013 (Urk. 9/39/3-5) als auch in demjeni gen vom 25. Februar 2014 (Urk. 9/44/6-9) von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen und hatten zur Begründung auf die erhobenen Befunde verwiesen (bewusstseinsklar, allseits orientiert, abwartend, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, depressiv-resignierte Stimmung, affektiv kontrolliert, verbal mitteilungsaktiv, Schilderung des Symptomerlebens im Zusammenhang mit den Schmerzen, Verlangsamung der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis, vergesslich, Denken formal beweglich, inhaltlich problem zentriert , keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen, Urk. 9/44/8).

Die von Dr. H.____ erhobenen Befunde (Urk. 9/54/28) entsprechen im Wesentlichen den von den MZL-Ärzten erhobenen , namentlich im Hinblick auf die Einengung auf die Schmerzen. Dr. H.____ erachtete die Arbeitsfä higkeit (in Bezug auf das depressive Geschehen) im Wesentlichen als durch Konzentrationsstörungen, Verlust an Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und Durchhaltevermögen eingeschränkt (Urk. 9/54/33). Selbiges hatten bereits die MZL-Ärzte konstatiert, diagnostizierten aber lediglich eine mittelgradige depressive Episode.

Dem Gutachten des Dr. H.____ mangelt es - nebst der Klärung der offen kundigen Ungereimtheiten - an einer Auseinandersetzung mit den Vorak ten , namentlich der Einschätzung der MZL-Fachpersonen. So liess er es im Wesentlichen beim Hinweis bewenden, in den MZL-Berichten finde sich ein auffälliger Widerspruch, heisse es doch „Die Kindheit sei gut verlaufen“, woge gen später vermerkt sei „Die Pat. ist bei ihrer Cousine aufgewachsen, von der sie regelmässig, auch mit Gegenständen, geschlagen worden sei“ (Urk. 9/54/37). Hierzu ist zu bemerken, dass diese Passagen von den MZL Fachleuten als anamnestiche Wiedergabe deklariert wurden (Urk. 9/44/7 8) und die Angaben von der Beschwerdeführerin selber stammen, wobei sie anlässlich der ersten Berichterstattung offensichtlich nur die positive Seite schilderte (Urk. 9/39/4-5). Anlässlich der letzten Berichterstattung war den Fachpersonen jedenfalls die vollständige Anamnese bekannt und würdigten diese die erhobenen Befunde einleuchtend. Dass es sodann seit den MZL Untersuchungen zu einer Ver schlechterung gekommen wäre (Urk. 9/54/35), ist nicht

erstellt, zeigten sich doch im Wesentlichen identische Befunde, namentlich jene mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Damit entspricht das psychiatrische MEDAS-Gutachten den Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 1.3) in mehrfacher Hinsicht nicht. Es ist vielmehr auf die schlüssige Einschätzung der über eine längere Periode behandelnden Fachpersonen des MZL abzustellen, welche die Beschwerdeführerin näher kennen und auf vertiefere Kenntnisse abstellen konnten (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1). Es ist demnach vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen.

Anzufügen bleibt, dass bei der Beschwerdeführerin zudem deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden

sind, welche IV-rechtlich nicht relevant sind. So bestehen finanzielle Probleme und Spannungen in der Ehe aufgrund der Krankheit des Ehemannes, die Beschwerdeführerin hat einen geringen Ausbildungsstand und eine ungewisse berufliche Zukunft, es besteht ein Migrationshintergrund mit vorübergehender Entwurzelung in der Kindheit. Auch gemäss den Gutachtern der MEDAS A.____ waren die psychosozialen Belastungsfaktoren schon früh im Verlauf zu erkennen (Urk. 9/54/17). Verlässliche Anhaltspunkte für einen Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode übersteigende Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit sind auch aus den übrigen Akten nicht ersichtlich. Von weiteren diesbezüglichen Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, da die Beschwerdeführerin in Therapie im MZL ist und sie keinen neuen Arztbericht auflegte, aus welchem auf eine allfällige Verschlechterung des Zustandes geschlossen werden könnte. Demnach ist darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten.

E. 4.2.2

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E.

4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der

Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen .

E. 4.2.3

Nach der Rechtsprechung werden mittelgradige depressive Episoden - selbst wenn sie vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diag nostiziert worden sind - regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungs zuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselb ständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person ver unmöglich en , die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hin weisen; vgl. auch Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2). So ist auch vorliegend davon auszugehen, dass es sich bei der Depression der Beschwerdeführerin um eine Begleiterscheinung ihrer Schmerzkrankheit handelt, sagte sie doch selbst, dass die Schmerze n auf ihre Psyche schlagen (Urk. 9/54/8). Auch gemäss MEDAS-Gutachter Dr. H.____

sind die Schmerzen der Beschwerdeführerin der Depressi on zeitlich vorangegangen (Urk. 9/54/30).

E. 4.2.4

Die Beschwerdeführerin l eidet seit spätestens Mai 2013 unter psychischen Beschwerden (Urk. 9/54/20) und lässt diese seit dem 2 7. September 2013 psy chiatrisch beziehungsweise psychotherapeutisch behandeln , wobei bis min destens Ende Februar 2014 zwei Konsultationen pro Monat (Urk. 9/44/

E. 4.3

Die Gutachter der MEDAS A.____ diagnostizierten eine generalisierte Angststörung und massen dieser eine wesentliche Einschränkung der zumutba re n Arbeitsfähigkeit zu .

E. 4.3.1

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beein trächtigungen, somit auch bei psychischen Störungen , keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) ver bindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenhei ten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beur teilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diag nose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Fol genabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurtei lungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2).

E. 4.3.2

Die Beschwerdeführerin hat Alpträume, Angst um ihre Kinder und ihren Mann, oft das Gefühl verfolgt zu werden und wenn sie das Haus verlässt, muss sie jeweils zwei- bis dreimal

kontrollieren, ob die Tür geschlossen ist (Urk. 9/54/27 f.). Auch wenn die Angststörung der Beschwerdeführerin gemäss den MEDAS-Gutachten relativ ausgeprägt ist, so kann daraus nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden: Trotz ihrer Angststörung ist die Beschwerdeführerin in der Lage, allein das Haus zu verlassen, um einkaufen zu gehen oder Termine bei ihrem Arzt oder ihrer Psychiaterin wahrzunehmen. Sie ist zu Fuss unterwegs und benützt ohne Weiteres

Auto, Bus und Zug. Ein Vermeidungsverhalten ist nicht ersichtlich. Eine invalidisierende Wirkung der Angststörung ist damit

nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, zumal Dr. H.____ diese als überwindbar einstufte (Urk. 9/54/33). Den Therapeuten des F.____ war nichts Einschlägiges aufgefallen, obwohl sie die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit betreuten.

E. 4.4

.2

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatischen und verwandten Störungen]; BGE 141 V 281 E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

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 eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 4.4.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Das Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 4.4.3

Die Beschwerdeführerin klagt über starke Rückenschmerzen, deren Intensität betrage bis zu 15 auf einer Skala von 0 bis 10. MEDAS- Gutachter

Dr. G.____

wies jedoch auf ein auffälliges Schmerzverhalten hin (Urk. 9/54/16). So äusserte die Beschwerdeführerin Schmerzen und zuckte zusammen, als er fragte, ob die Palpation Schmerzen bereite. Als er sich hingegen

erkundigte, ob die Massage der Muskulatur schmerze und dabei dieselbe Handbewegung machte wie zuvor bei der Palpation, entgegnete sie, Massagen seien angenehm (Urk. 9/54/11). In der klinischen Untersuchung zeigten sich zwar eine rechtskonvexe Skoliose der Wirbelsäule sowie akzentuierte Wirbelsäulenkrümmungen in der Sagittalebene, doch ist die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit nach wie vor zu 100% arbeitsfähig. Die diagnoserelevanten Befunde erweisen sich damit nicht als ausgeprägt. Ihre Rückenschmerzen lässt die Beschwerdeführerin jede zweite oder dritte Woche

mit einer Stromtherapie behandeln, die Physiotherapie war im Zeitpunkt der Begutachtung pausiert. Zur Behandlung der psychischen Beschwerden konsultierte die Beschwerdeführerin zunächst zweimal, anschliessend zwei - bis dreimal pro Monat einen Therapeuten. Wie bereits dargelegt, kann damit weder von einem konsequenten Angehen der Schmerzproblematik mittels einer Therapie noch von einer Behandlungsoptionen gesprochen werden. Auch gemäss den MEDAS-Gutachtern sind die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft (Urk. 9/54/35 f.). Ein Gravieren des objektivierbares körperliches Leiden besteht zudem nicht; dem depressiven Geschehen und der Angststörung kommen - wie bereits dargelegt - keine invalidisierende Wirkung zu.

Was die persönlichen und sozialen Ressourcen der Beschwerdeführer in betrifft, so ist diese seit 2003 verheiratet und Mutter dreier Kinder. Zusammen mit ihrem Ehemann und den Kindern wohnt sie in einer 4.5-Zimmer-Wohnung. Der Kontakt zu ihrer Schwester ist abgebrochen, doch hat sie einen guten Kontakt zu ihrem Bruder und ihrer Mutter, wohnt diese doch während fünf bis sechs Monaten pro Jahr bei der Beschwerdeführerin, um die Familie im Haushalt zu unterstützen (Urk. 9/54/7 und 26).

Die Beziehung zu ihrem kranken Ehemann ist angespannt, die Kinder machen ihr hingegen Freude. Soziale Ressourcen sind damit - wenn auch in einem eingeschränkten Umfang - vorhanden. Enge Freunde hatte die Beschwerdeführerin auch vor ihrer Erkrankung nicht (Urk. 9/54/8 und 28). Wie bereits dargelegt, hat die Beschwerdeführerin einen geregelten Tagesablauf. Ihr Aktivitätsniveau

ist

zwar nicht sehr hoch, doch ist es ihr nach wie vor möglich, die einfacheren Aufgaben als Hausfrau und Mutter wahrzunehmen, spazieren zu gehen und zu lesen (Urk. 9/54/9 f.). Das Aktivitätsniveau ist somit nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt.

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht in aussergewöhnlichem Umfang vorhanden sind. Wohl erfüllt die Beschwerdeführerin das Kriterium der Komorbiditäten, doch kommt diesen weder eine invalidisierende Bedeutung zu, noch wurden sie therapeutisch konsequent angegangen. Dies in Verbindung mit den vorhandenen Familienstrukturen und dem nur bedingt eingeschränkten Aktivitätsniveau spricht dafür, dass insgesamt eine Überwindbarkeit der Auswirkungen der Schmerzproblematik zu verneinen ist. Der chronischen Schmerzstörung und dem chronischen Schmerzsyndrom kommen damit keine invalidisierende Wirkung zu.

E. 4.4.4

Die Beschwerdeführerin beantragte aufgrund der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen eine erneute Begutachtung. Eine neue Rechtsprechung ist im Grundsatz sofort anwendbar und gilt für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (Urteil des Bundesgerichts 9C_700/2015 vom 18. Juli 2016 E. 3.2 mit Hinweisen). Aufgabe des Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Diese Beurteilung erfolgt einzig aus einem medizinischen Blickwinkel

und damit unabhängig von der geltenden Rechtsprechung. Eine Änderung der Rechtsprechung hat folglich lediglich Einfluss auf die Aufgabe der Verwaltung und im Streitfall des Gerichts, welche aus dem

aus medizinischer Sicht erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Folgen für die Arbeitsfähigkeit abzuschätzen haben. Eine erneute Begutachtung aufgrund der Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist damit nicht erforderlich.

E. 4.5

Zusammenfassend

führen die Pathologien der Beschwerdeführerin zu einer sozial versicherungsrechtlich relevanten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit

ab dem 3. Juni 2013 . 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin hätte gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 12. Februar 2013 (Urk. 9/18 S. 2 f.) im Jahre 2013 bei einem Pensum von 60 % ein Einkommen von Fr. 31'850.-- erzielt.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind die Schichtzulagen, welche in den Jahren 2010 bis 2012 durchschnittlich rund Fr. 3'050.-- pro Jahr betragen (Urk. 9/18 S. 11-15). Damit ist von einem Validen Einkommen von Fr. 34'900.-- auszugehen (Stand 2013 mangels Vorliegens weitergehender statistischer Angaben bei Verfügungserlass). 5.2

5.2.1

Die Beschwerdeführerin ist in einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig. Da sie selbst bei leichten Tätigkeiten eingeschränkt ist, berücksichtigte die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort einen leidensbedingten Abzug von 10 % . Dies ist nicht zu beanstanden. 5.2.2

Zur Berechnung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort auf die Tabellenlöhne 2012 des Bundesamtes für Statistik, ging aber vom Durchschnitt über alle Branchen (Niveau 1) aus (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

S. 3). Dies ist nicht zu beanstanden, steht der Beschwerdeführer in doch - im Rahmen der Zumutbarkeit - der gesamte Stellenmarkt offen. Ausgehend von einem statistischen Lohn von Fr. 4'112.--, aufgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008] in Stunden pro Woche 1990-2015, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit der vollzeiterwerbstätigen Arbeitnehmenden, Total 2013 : 41.7 ; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit [BUA]) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne 1939-2015, Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Frauen, Stand 2012: 2630, Stand 2013: 2648 ; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/ Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung)

und eines leidensbedingten Abzuges von 10 %

ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 60 % ein mögliches Einkommen von Fr. 27'968.-- per 2013 (Fr. $4'112 \times 12 / 40 \times 41.7 / 2630 \times 2648 \times 0.9 \times 0.6$).

Aus dem Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von 19.9 % . 5.2.3

Die Beschwerdeführerin machte geltend, bei guter Gesundheit wäre sie zu 40 % im Haushalt tätig. Die Beschwerdegegnerin habe deshalb eine Haushaltsabklärung durchzuführen. Bei einer Gewichtung zu 60 % ergibt sich in Bezug auf die Erwerbstätigkeit ein Teilinvaliditätsgrad von 1

E. 9

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.____ , AXA-ARAG Rechtsschutz AG - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

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