

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00586 vom 16. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00586

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00586 du 16 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00586 del 16 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somato formen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Resourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Lei den s druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin dern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Resso urcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders be gründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.3

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V 146; vgl. Art. 27 und 27 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018) wird zu nächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ermittelt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei im Erwerbsbereich praxisgemäss berücksichtigt wird, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teil er werbstätigkeit erzielen würde. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (BGE 131 V 51 E. 5.5.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2b und 5c).

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, herab gesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspren chung 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 Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

), und es werde empfohlen, auf die Beurteilungen des Gutachtens vollumfänglich abzustellen (S. 7 unten).

Seitens des Rechtsdienstes wurde in einer Stellungnahme vom 1. / 3. November 2016 (Urk. 6/88) unter anderem ausgeführt, es liege kein Gesundheitsschaden vor, der therapeutisch nicht mehr angebar wäre, und die psychischen Restbeschwerden erwiesen sich im Rahmen der Zumutbarkeitsprüfung gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG als nicht invalidisierend (S. 3 Mitte). 5.

E. 2

9. Juni 2017 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das psychiatrische Gutachten vom 28. Juli 2016 (Urk. 6/81), davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verbessert habe. Obwohl die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft worden seien, habe sich der psychische Befund deutlich verbessert und die psychischen Einschränkungen hätten sich erheblich reduziert. Die depressive Störung hätte unter einer Intensivierung der Behandlung inzwischen längst weiter gebessert werden können, da noch keine Chronifizierung eingetreten sei. Unter einer adäquaten Behandlung sei eine vollständige Genesung zu erwarten. Aus medizinischer Sicht könne durch eine Optimierung der derzeitigen integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine weitere Besserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden (S. 2 oben). Es liege somit kein Gesundheitsschaden vor, der therapeutisch nicht mehr angebar wäre. Die psychischen Restbeschwerden würden sich im Rahmen der Zumutbarkeitsprüfung gemäss Art.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen (S. 8 ff. Ziff. 30 ff.) nicht abgestellt werden (S. 10 Ziff. 43). Die Beschwerdegegnerin könne nicht mit dem notwendigen Beweismass belegen, dass es zu einer rentenrelevanten Veränderung des Sachverhalts gekommen sei, weshalb ihr die ihr zustehende Rente weiter auszurichten sei (S. 11 Ziff. 50) .

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem verbesserten Gesundheitszustand ausging und die bisherige ganze Rente einstellte. 3. 3.1

Bei der ursprünglichen Zusprache einer ganzen Rente mit Verfügung vom 4. Juni 2013 (Urk. 6/55/2-11) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Beurteilungen vor:
3.2

Dr. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Dr. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. A.____, Facharzt für Rheumatologie, sowie Dr.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten im interdisziplinären Gutachten der MEDAS C.____ vom 14. Februar 2012 (Urk. 6/35) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

17 unten): - depressive Störung, aktuell mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1), mindestens bestehend seit 3-5 Jahren - Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01), sich

entwickelnd seit 2001 - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10

F45.4), mindestens bestehend seit 3-5 Jahren, rheumatologisch imponierend als chronisches Ganzkörper schmerzsyndrom - Benzodiazepin-Missbrauch (ICD-10 F10.1), zunehmend in den letzten 1 - 2 Jahren

Dazu führten die Gutachter aus, im Vordergrund seien für die Beschwerdeführerin ihr generalisiertes Ganzkörperschmerzsyndrom, ihre Angstzustände und die depressive Grundstimmung gestanden (S. 19 unten).

Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung hätte sich ein über 10 Jahre bestehendes Körperschmerzproblem gezeigt, das übereinstimmend mit der vorliegenden Aktenlage aus rheumatologischer Sicht nicht einem spezifischen systemisch-rheumatologischen Grundleiden zugeordnet werden könne. Bei der Erhebung der Schmerzcharakteristika habe die Beschwerdeführerin von sich aus deutlich weitere nicht zu ordnende Begleitstörungen ergänzt, wobei wiederholt Angstempfindungen bestätigt worden seien (S. 19 unten). Die zusätzlichen radiologischen Bildgebungen der Hände und der Halswirbelsäule seien unauffällig ausgefallen, speziell hätten entzündliche oder metabolische Skelettbefunde ausgeschlossen werden können. Insgesamt dürfe zumindest mittragend (und mittlerweile im Chronifizierungsprozess der Schmerzen doch als beachtlicher Co-Faktor) eine überwiegend, auch willkürlich geprägte, muskuläre Dysbalance festgehalten werden. Diese erkläre allerdings das eindrücklich und ausgedehnt erlebte Körperschmerzproblem nicht. In der rheumatologischen Expertise hätten keine konkreten Tenderpoints eingegrenzt werden können. Somit sei bewusst auf das «Etikett» einer «Fibromyalgiesymptomatik» verzichtet worden. Es hätten sich auch keine direkten oder indirekten Hinweise für eine radikuläre Störung oder eine zervikale Myelopathie finden lassen (S. 20 oben).

Aus rein rheumatologischer Sicht, bezogen auf den Bewegungsapparat, sei die Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten (Arbeiten in einer Wäscherei, Angestellte in einer Grossbäckerei, Arbeiten als Reinigungskraft, Arbeiten in einer Textilreinigungsfirma mit Bügelarbeit) voll arbeitsfähig. Es bestünden keine Einschränkungen des zeitlichen Pensums und auch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit könne aus rheumatologischer Sicht nicht begründet zugestanden werden. Auch für eine geeignete Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin ebenfalls voll arbeitsfähig (S. 20 Mitte).

In psychiatrischer Sicht führten die Gutachter aus, seit Oktober 2010 arbeite die Versicherte nicht mehr. Medizinische Angebote würden in Anspruch genommen, insbesondere im Sinne ambulanter psychiatrischer Behandlung sowie Pharmakotherapie. Andererseits sei diese Behandlung als erfolglos zu bezeichnen und von der Prognose her wenig erfolgversprechend. Die Teilnahme an rehabilitativen Massnahmen werde verweigert, es würden somit die Chronifizierung und der Ausprägungsgrad der psychosozialen Restriktion und Desintegration wachsen (S.

20 unten). Erforderlich wäre ein mehrmonatiger stationärer psychiatrischer Aufenthalt mit einem Übergang in ein tagesklinisches Setting und einer Reintegration der Versicherten aus dieser Situation dann heraus. Gegenwärtig entwickle sich der Casus jedoch in die andere Richtung, nämlich in die einer Chronifizierung bei mangelnder Veränderungsmotivation, krankheitsaufrechterhaltendem Verhalten durch die Familie sowie Rentenantragsstellung. Insofern liege zwar vorläufig eine Compliance vor, eine grundsätzliche Veränderung

der Situation werde jedoch nicht angestrebt. Es sei mehr als zweifelhaft, ob dies wirklich krankheitsbedingt sei, wahrscheinlich sei eine willentliche Abwertung des psychiatrischen Systems und Hilfsystems. Von einer spezifischen Krankenhausphobie, die eine freie Willensentwicklung nicht mehr zulassen würde, könne jedoch nicht ausgegangen werden. Insofern erscheine es der Versicherten zumutbar, im Sinne der Schadenminderungspflicht und der Mitarbeit am Rehabilitationsprozess, sich in stationäre Behandlung zu begeben (S. 21 oben). Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Symptome, insbesondere die der depressiven Störung, willentlich nicht überwindbar seien, wohl aber gut behandelbar, und dass die Einwilligung in eine Behandlung zumutbar sei. Dies könne jedoch nicht eine ambulante Behandlung sein, weil diese seit einem Jahr keinen Erfolg bringe. Stattdessen werde das Geschehen eher schlimmer, die Versicherte rutsche noch in eine Benzodiazepin-Abhängigkeit hinein, dies zumindest auf lange Sicht (S. 21 Mitte).

Die Versicherte sei multipel gestört im Bereich der Emotionalität und im Bereich des Antriebs und zeige ein hohes Mass an Somatisierung. Es komme zu zwischen menschlichen Problemen, sogar nach dem Ausschluss von Freunden und Kollegen, so auch im Bereich der Familie, zunächst mit den Eltern, nun aber auch mit den Geschwistern und letztlich mit dem Ehemann. Die Funktionalität der Versicherten sei stark eingeschränkt, dies betreffe die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungs-

und Durchsetzungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit bis hin zu familiären und intimen Sitzungen (S. 21). Zusammenfassend sei gegenwärtig von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 21 unten). Es

seien jedoch zahlreiche krankheitsaufrechterhaltende Faktoren zu beobachten, etwa die Verweigerung eines stationären Settings oder die Ausschöpfung weiterer Massnahmen (Tagesklinik). Stattdessen fixiere sich die Beschwerdeführerin auf ihre Schmerzen, wolle ihr Bett nicht mehr verlassen, verschlechtere ihren Gesundheitszustand durch Dekonditionierung, Medikamentenabhängigkeit und weiteres. Unter Inanspruchnahme der vorhandenen therapeutischen Massnahmen sollte eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% wieder angestrebt werden, langfristig gebe es keine rationalen Gründe, warum nicht eine weitgehend vollständige Arbeitsfähigkeit wieder angestrebt werden sollte (S. 21 f.). 3.3

Dr. D.____, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 5. März 2012 (Urk. 6/47 S. 4 f.) aus, der Bericht der MEDAS C.____ sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und die Vorakten, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sei einleuchtend und die medizinischen Schlussfolgerungen seien begründet, so dass darauf abgestellt werden könne. In bisheriger und angepasster Tätigkeit bestehe seit dem 31. August 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Als Schadenminderungspflicht sei ein mehrmonatiger stationärer psychiatrischer Klinikaufenthalt aufzuerlegen, gefolgt von einer tagesklinischen Weiterbehandlung. Darunter sei eine Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit von mindestens 50% zu erwarten. 4. 4.1

Dr. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 5. Mai 2014 (Urk. 6/59/5) aus, der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich nicht verbessert, leider eher verschlechtert. Es bestehe weiterhin eine somatoforme Schmerzstörung mit diffusen Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen, Schwindel und unklaren neurologischen Symptomen. Die Krankheit sei sicher hauptsächlich psychisch

bedingt mit diesen psychosomatischen Symptomen, Panikstörung und sozialer Phobie. Die Beschwerdeführerin schliesse sich sozial ab. Sie sei weiterhin beim Psychiater Dr. F.____ in Behandlung. Sie sei wirklich glaubhaft zu 100 % arbeitsunfähig. Leider sei die Prognose sehr schlecht, eine Änderung sei nicht zu erhoffen. 4. 2

Dr.

F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 19. Juni 2014 (Urk. 6/60/5-10) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 4. Januar 2011 bis auf weiteres (Ziff. 1.2) im Rahmen von 14-täglichen Konsultationen und pharmakologisch (Ziff. 1.5),

und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (selbstunsicher, emotional-instabil; ICD-10 F61.0)

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei seit dem letzten Bericht vom Juni 2011 im Wesentlichen unverändert. Sie schildere bei jeder Konsultation diverse und wechselnde körperliche Beschwerden, wobei diese vermutlich zum grösseren Teil psychosomatisch bedingt seien. Weiter würden Ängste bestehen, an einer schweren somatischen Krankheit leiden zu können oder auch daran sterben zu müssen. Es bestehe eine ängstlich-sorgenvoll getönte Grundstimmung. Angst, dass etwas «Schlimmes» auf sie zukommen werde. Zukunftsängste, Verlustängste, welche sie überwiegend auf ihre Kinder beziehe. Sie fühle sich andererseits durch ihre Kinder überfordert und sei in diesem Konflikt gefangen. Sie könne wegen ihrer multiplen Ängste kaum alleine sein, habe Angst vor fremden Menschen, Angst vor Menschenmengen, Angst, schlecht behandelt zu werden und dass über sie fremdbestimmt werden könnte. Sie habe kein Vertrauen zu fremden Menschen. Die Angst sei von diversen Symptomen begleitet, zum Beispiel Palpitationen, Schwitzen, Mundtrockenheit, Beklemmungsgefühl, abdominelle Missempfindungen und innere Anspannung. Schon lautes Reden (z.B. inner halb der Familie) sei ihr zu viel. Sie könne es nicht aushalten, wenn die Kinder untereinander streiten würden. Sie habe jetzt ein Zimmer für sich, wo sie auch alleine schlafe (Tür offen, mit Licht im Zimmer). Sie berichte gelegentlich über produktive Symptome, zum Beispiel unangenehme Geruchsempfindungen ubiquitär («Brandgeruch»), jemanden schreien oder rufen zu hören, das Gefühl, jemand sei hinter ihr oder klopfe ihr auf die Schulter. Sie schildere, die Rollläden in ihrem Zimmer oder manchmal auch in der ganzen Wohnung tagsüber geschlossen zu haben, wenn die Sonne draussen zu hell scheine (S. 3).

Die sozialen Kontakte der Versicherte würden sich auf ihre Familie und zu ihren Eltern beschränken. Sie gehe sehr selten alleine aus dem Haus und habe Angst, dass andere Menschen sie beobachten könnten. Auch innerhalb ihrer Familie sei ein Rückzug zu beobachten. Sie fühle sich durch die Belange ihrer Familie sehr schnell überfordert (S. 3 unten). In ihrer Haltung sei die Versicherte sehr passiv und für therapeutische Interventionen zu Aktivitäten nicht zugänglich. Immer wieder sei eine teilstationäre oder stationäre Behandlung thematisiert worden, wodurch die Beschwerdeführerin extrem unter Druck geraten sei. Die letzte stationäre Behandlung in der Rehaklinik

G.____ habe keine signifikante Besserung gebracht. Im Gegenteil hätten sich ihre Ängste weiter verstärkt.

Die Beschwerdeführerin sei für eine teilstationäre oder stationäre Behandlung nicht motiviert. Auf Nachfrage schildere sie diverse Ängste (Angst vor fremden Menschen, starkes Misstrauen auch gegenüber Therapeuten/Therapeutinnen, Angst vor Verlust ihrer Selbstbestimmung, Angst vor Getrenntsein von ihrer Familie). Somit müsse davon ausgegangen werden, dass eine teilstationäre oder stationäre Behandlung keine Besserung erbringen könne. Das Störungsbild sei schwer chronifiziert und veränderungsresistent (S. 4 Mitte).

Die Beschwerdeführerin nehme die 14-täglichen stattfindenden Konsultationen regelmässig wahr. Anregungen zu konkreten Veränderungen könnten von der Beschwerdeführerin jedoch kaum umgesetzt werden. Die pharmakologische Behandlung gestalte sich schwierig, weil die Beschwerdeführerin häufig über unerwünschte Arzneimittelwirkungen klagt und daher mehrere Umstellungen stattgefunden hätten (S. 5 Ziff. 1.5).

Es bestehe eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 31. August 2010 (S. 5 Ziff. 1.6). Krankheitsbedingt seien der Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zumutbar, da sie dem Arbeitsdruck absolut nicht gewachsen wäre und eine Verschlechterung eintreten würde (S. 5 Ziff. 1.7). Unter medizinischen Behandlungsmassnahmen könne nicht mit einer Besserung der Gesundheit gerechnet werden. Eine Besserung der Arbeitsfähigkeit sei äusserst unwahrscheinlich (S. 5 f.

Ziff. 1.8) . 4.3 4.3.1

Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 28. Juli 2016 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/81). Er stütze sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 8 ff.) und die von ihm am 20. Juni 2016 (S. 1 unten) erhobenen Befunde (S. 13 ff.). 4.3.2

Er nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 6.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/F33.1)

Sodann nannte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 6.2): - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.25) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen, passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Anteilen (ICD-10 Z73.1). 4.3.3

Zum psychischen Befund führte der Gutachter unter anderem aus, was folgt (S. 13 Ziff. 4.1): Die Explorandin berichtete vordergründig freundlich, aber eher eingeschränkt kooperativ, insbesondere über verschiedene psychosoziale Probleme und Schwierigkeiten, insbesondere die Belastung mit ihren vier Kindern und bei Tendenzen zu Aggravation über gewisse, behandelbare gesundheitliche Beschwerden. Die Grundstimmung war leicht bedrückt, die emotionale Resonanzfähigkeit war leicht vermindert. Hinweise auf zirkadiane Besonderheiten mit Morgentief und Angabe von Schlafstörungen, bei regelmässigem Schlafen tagsüber. Auch subjektive Angabe von verschiedenen unspezifischen psychosomatischen Beschwerden und diffusen Schmerzen. Der Antrieb war leicht vermindert, psychomotorisch wirkte die Explorandin zeitweilig etwas angespannt. Die kognitiven Fähigkeiten liegen im Normbereich. Es fanden sich keine Hinweise auf

relevante Gedächtnisstörungen oder Defizite der Merkfähigkeit. Es bestand kein Anhalt für akute Suizidalität, keine Tendenzen zu Selbstschädigung oder Fremdgefährdung. Es fanden sich Hinweise auf einen teilweisen sozialen Rückzug. Bei einem verminderten Selbstwörterleben fanden sich Selbstzweifel, weniger Zukunftsängste, eher Versagensängste. Es bestand bei guter Realitätsprüfung und guter Kritikfähigkeit in der aktuellen Untersuchungssituation keinerlei Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Wahnvorleben oder Halluzinationen. Auch fanden sich keine Hinweise auf eine psychotische Störung des Ich-Erlebens, keine Hinweise auf Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen oder dissoziative Phänomene. Es fanden sich keine sicheren Hinweise für die subjektiv angegebenen pathologischen Ängste. Status nach mehreren Panikattacken, zuletzt vor etwa 2-3 Jahren. Die emotionale Flexibilität und Belastbarkeit, sowie die Stress- und Frustrationstoleranz erschienen leicht vermindert. Die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Gruppen- und Teamfähigkeit erschienen leicht eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Verkehrsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbstpflege waren nicht vermindert. Es fanden sich Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen, passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Anteilen. Es konnten leichte Defizite der sozialen Kompetenzen, u.a. der Konfliktfähigkeit bei einem allenfalls leicht eingeschränkten Abgrenzungsvermögen eruiert werden. Bei einem vorrangig somatisch orientierten Krankheitskonzept und eher geringem Leidensdruck bestand eine ambivalente Motivation für eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine adäquate Psychotherapie. So ist eine Suchtentwicklung bei iatrogenem Anxiolytika-Gebrauch entstanden. In Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen konnte bei grundsätzlich

vorhandenen Ressourcen keine Motivation festgestellt werden. 4.3.4

In seiner Beurteilung (S. 14 ff.) führte der Gutachter unter anderem aus, bei der aktuellen Untersuchung habe sich eine

mittelgradige depressive Symptomatik mit Schwankungen der Stimmung und

Antriebsminderung, leichten Schlafstörungen, leichten Konzentrationsstörungen und leicht verminderter Ausdauer und zudem einem verminderten

Selbstwert-Erleben mit einem teilweisen sozialen Rückzug sowie auch

Versagensängsten gefunden. In Bezug auf die depressive Symptomatik besteht bei der

kognitiv eher einfach strukturierten Explorandin eher eine Tendenz zur

Somatisierung bei Hinweisen auf eine Schmerzausweitung und diffusen,

wechselnd lokalisierten Schmerzen ohne ausreichende physiologische

Erklärung, welche die Explorandin aus ihrer subjektiven Sicht daran hindert, ihre

Aufgaben in der Familie und auch ihre beruflichen Aktivitäten auszuüben. Die

von der Explorandin subjektiv gegebenen, chronifizierten Schmerzen ließen sich

physiologisch oder somatisch nicht ausreichend plausibel erklären (S.

15 unten).

Diagnostisch sei unter Beachtung der aktuellen anamnestischen Auskünfte der

Explorandin, der psychiatrischen Vorbeurteilungen, der im IV-Dossier vorliegenden und der

aktuellen objektiven Untersuchungsbefunde aus gutachterlich - psychiatrischer Sicht von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter bis mittelgradiger depressiver Episode auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional-instabilen, passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Anteilen auszugehen (S. 16 oben).

Eine schwere depressive Symptomatik habe bei der aktuellen Exploration nicht beobachtet werden können. Eine leichte bis mittelgradige depressive

Symptomatik besteh e bei unzureichender Behandlung jedoch weiterhin . Wie schon 2012

vom psychiatrischen Vorgutachter im Rahmen der MEDAS-Begutachtung feststellt, hätte die depressive Störung unter einer Intensivierung der Behandlung inzwischen längst weiter gebessert werden können, da noch keine Chronifizierung eingetreten sei . Es könne allerdings anhand der aktuellen Befunde ange merkt werden, dass sich die Symptomatik auch unter der unzureichenden Behandlung deutlich gebessert habe (S. 16) . 4.3.5

Eine eigenständige Diagnose einer generalisierten Angststörung habe bei mindestens teilremittierter Angstsymptomatik nicht mehr gestellt werden können .

Auch hätten sich aktuell keine Hinweise auf das Vorliegen einer - vom psychiatrischen Vorgutachter festgestellten - Panikstörung

mit Agoraphobie gefunden. Wenn eine Panikstörung bei den Voruntersuchungen vorgelegen haben sollte, sei sie inzwischen voll remittiert. Die aktuell geäußerten leichtgradigen Ängste

der Explorandin ließen auf eine deutliche Besserung im Vergleich zu den Vorbefunden von 2012 schliessen und seien somit definitionsgemäss nach der ICD-10 unter die depressive Störung zu subsumieren. Bei den Schilderungen

der Explorandin seien Ängste nur in geringem Mass spürbar und verifizierbar gewesen. Die aktuell noch zu verifizierende leichte Angstsymptomatik könne nach der ICD-10 nicht mehr als eigenständige Störung kodiert werden. Eher hätten sich hier

Hinweise auf ausgeprägte Tendenzen zu Aggravation von noch vorhandenen geringfügigen Befindlichkeitsstörungen gefunden. Es könne festgehalten werden, dass sich die psychischen Einschränkungen inzwischen in den letzten 2-3 Jahren auch ohne die Durchführung einer stationären Behandlung schon deutlich gebessert hätten (S. 16 Mitte).

Weitere psychische Störungen, eine Erkrankung des schizophrenen Formenkreises ,

eine bipolare affektive Störung, eine dementielle Entwicklung oder andere psychische Störungen hätten anhand der aktuell erhobenen objektiven Befunde und den Angaben der Explorandin nicht festgestellt werden können. Die Psychopharmakotherapie sei weiterhin nicht ausreichend hoch dosiert. Nicht einmal die schlaffördernde Medikation sei in den letzten 5 Jahren optimiert worden, obwohl die Explorandin darüber konstant geklagt habe (S. 16 unten). In therapeutischer Hilfslosigkeit seien schliesslich suchterzeugende Substanzen gegeben worden, die zwar kurzfristig eine gewisse Beruhigung bewirkten, sodass die Klagen passager abnehmen, aber dies könne keine Alternative zu einer wirklich optimierten Medikation sein, die unter stationärer Beobachtung sorgfältiger und konsequenter eingestellt werden und langfristig eine Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustands bewirken könne. So habe sich nun eine Benzodiazepin-Abhängigkeit entwickelt, die der behandelnde Psychiater jedoch in seiner Diagnoseliste im aktuellen Bericht nicht aufführe. Vom psychiatrischen Vorgutachter sei jedoch schon 2

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 11. Juli 2017 hielt die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten Anträgen fest (Urk. 8). Mit Schreiben vom 31. Juli 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 10). Mit Gerichtsverfügung vom 20. Oktober 2017 wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Der Gutachter hat die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.2) in seine Beurteilung weitestgehend einbezogen. So hat er sich einlässlich mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt (vorstehend E. 4.3.3-4 und 4.3.6), ebenso mit dem Behandlungserfolg, der - wenn auch (noch) nicht im ansich möglichen Umfang - eingetreten ist, während die durch die medikamentöse Behandlung verursachte Benzodiazepin-Abhängigkeit als Misserfolg zu werten sein dürfte (vorstehend E. 4.3.5). Komorbiditäten verneinte er mit schlüssiger Begründung (vorstehend E. 4.3.5). Zum Aspekt der Persönlichkeit und der persönlichen Ressourcen wies er insbesondere auf die im Vergleich zu 2012, bei deutlich gebessertem Befund, gänzlich in den Vordergrund getretenen - näher umschriebenen - psychosozialen Belastungsfaktoren hin (vorstehend E. 4.3.8-9), und den sozialen Kontext betreffend wies er namentlich darauf hin, dass das Einkommen der Beschwerdeführerin aus Versicherungen höher ausfalle als ihre frühere n Erwerbseinkommen (vorstehend E. 4.3.10). Schliesslich äusserte er sich auch zur Konsistenz, und zwar unter Hinweis auf festgestellte Diskrepanzen und auf über eine Verdeutlichung weit hinausgehende Tendenzen zur Aggravation (vorstehend E. 4.3.11). Zu nennen ist hier auch seine Feststellung, dass das Nichtbefolgen der Empfehlung einer stationären Behandlung auf einen weniger ausgeprägten Leidensdruck hinweise (vorstehend E. 4.3.10).

Schliesslich ist auch die Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 4.3.7) so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt.

E. 5.2

Nachdem sich der Gutachter in seiner Beurteilung (auch) an den Standardindikatoren orientiert hat, ist die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Somit ist betreffend die Diagnosen wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten abzustellen.

E. 5.3

Dem stehen

die in der Beschwerde (Urk. 1) genannten Kritikpunkte nicht entgegen. Namentlich den Ausführungen betreffend Befunde und psychische Einschränkungen (S. 7 unten) kann nicht gefolgt werden (vgl. vorstehend E. 4.3.3). Dass sich im Gutachten keine Angaben zu einer allfälligen Angsterkrankung finden (S. 8 Ziff. 31), ist schlicht unzutreffend (vgl. vorstehend E. 4.3.5). Die Ausführungen betreffend Aggravation und die psychosozialen Belastungen sind keineswegs ungenügend (S. 9 Ziff. 35 f.), sondern durchaus nachvollziehbar begründet (vorstehend E. 4.3.8 und 4.3.11). Schliesslich sind auch - entgegen der vorgebrachten Kritik (S. 10 Ziff. 44, S. 11 Ziff. 48) - die Ausführungen zur Ausprägung der depressiven Störung und insbesondere deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit einlässlich und schlüssig begründet (vgl. vorstehend E. 4.3.4 und 4.3.6).

Zuzustimmen ist der Beschwerdeführerin lediglich darin, dass weder eine allfällige Überwindbarkeit im Sinne der früheren Schmerzrechtsprechung (S. 10 f. Ziff. 47) noch eine allfällig gegebene Therapierbarkeit hier relevante Kategorien darstellen. Dies betrifft aber nicht die Frage der Qualität des erstatteten Gutachtens, sondern kann nur auf die Argumentation der Beschwerdegegnerin (vgl. vorstehend E. 4.4) bezogen werden, die mittlerweile überholt ist.

E. 5.4

Somit steht der Sachverhalt dahingehend fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin krankheitsbedingt in dem gutachterlich attestierten Umfang (vgl. vorstehend E. 4.3.7) eingeschränkt ist, mithin in der angestammten Tätigkeit und anderen Hilfstätigkeiten des freien Arbeitsmarktes um 40 %, und um 10-20 % im Haushalt.

Die Arbeitsfähigkeit beträgt damit im Erwerbsbereich 60 % und im Haushalt 80-90 % . 6.1

Im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (Juni 2013) ist nunmehr eine deutlich höhere Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Dies ist eine Veränderung, welche einen Revisionsgrund (vgl. vorstehend E. 1.4) darstellt. 6.2

Im Haushaltabklärungsbericht vom 15. März 2013 (Urk. 6/45) wurde die Beschwerdeführerin als zu 70 % im Erwerbsbereich und zu 30 % im Haushalt tätig qualifiziert (S. 3

Ziff. 2.6), und die Einschränkung im Haushalt wurde mit 47.5 % beziffert (S. 8 Ziff. 6.8). Die Einschränkung im Erwerbsbereich wurde mit 100 % beziffert (Urk. 6/46), womit in Anwendung der gemischten Methode (vgl. vorstehend E. 1.3) ein Invaliditätsgrad von rund 84 % resultierte (Urk. 6/47 S. 7 oben). 6.3

Die Statusfrage ist danach zu beantworten, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin heute bei guter Gesundheit erwerbstätig wäre (vgl. vorstehend E. 1.3). Im Jahr 2013 wurde davon ausgegangen, sie wäre zu 70 % erwerbstätig. Diese Qualifikation ergab sich gemäss Haushabklärungsbericht aufgrund ihrer eigenen Angabe, wonach sie immer 70-80 % gearbeitet habe (Urk. 6/45 S. 3 Ziff. 2.5).

Gemäss den Einträgen im Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 6/13) erzielte sie vor der Geburt des ersten Kindes (1997) ein Einkommen von Fr. 32'000.-- im Jahr 1995 und von Fr. 32'875.-- im Jahr 1996. Später erzielte sie im Jahr 2000 ein Einkommen von Fr. 39'826.--, und im Jahr 2003 bezog sie Arbeitslosenentschädigung im Betrag von 32'899.--.

Diesen Daten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auch vor Geburt des ersten Kindes nicht in einem vollen Pensum erwerbstätig war, sondern teilzeitlich, und so ein Einkommen erzielte, das später zu einzelnen Zeitpunkten, trotz Beanspruchung im Aufgabenbereich, sogar übertroffen wurde.

Daraus ist zu schliessen, dass sie auch heute bei guter Gesundheit teilzeitlich erwerbstätig wäre, und zwar im von ihr angegebenen Pensum von 70-80 % .

Um der Abnahme des Betreuungsbedarfs der nun älter gewordenen Kinder Rechnung zu tragen, ist von einem Pensum von nunmehr 80 % (statt 70 % wie 2013) auszugehen. 6.4

Angesichts des unregelmässigen und tiefen Einkommens, das die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte (vgl. Urk. 6/13), und ihrer eher rudimentären Ausbildung (vgl. Urk. 6/4 Ziff. 5.1) ist als Valideneinkommen ein Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) einzusetzen, und zwar der mittlere von Frauen auf Kompetenzniveau 1 über alle Wirtschaftszweige hinweg erzielte Lohn.

Das Invalideneinkommen ist auf der gleichen Grundlage zu bestimmen, und Umstände, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen können, sind keine ersichtlich. Angesichts der damit auf beiden Seiten der Rechnung gleichen Frankenbeträge bedürfen diese keinerlei näheren Bezifferung. Das Valideneinkommen entspricht dem statusgemässen Pensum von 80 % (vorstehend E. 6.3) und das Invalideneinkommen der attestierten Arbeitsfähigkeit von 60 % (vorstehend E.

5.4). Somit beträgt die Einbusse 20 Prozentpunkte, was bezogen auf das Valideneinkommen (Erwerbspensum) von 80 % eine Einschränkung von 25 % ergibt. Daraus resultiert ein Teilinvaliditätsgrad von 20 % ($25\% \times 0.8$). 6.5

Die Einschränkung im Haushalt ist mit 20 % zu beziffern, was beim statusgemässen Umfang der Betätigung im Haushalt von 20 % eine Einschränkung von 4 % und einen Teilinvaliditätsgrad von 0.8 %

($4\% \times 0.2$) ergibt.

Die Addition der Teilinvaliditätsgrade ($20\% + 0.8\%$) ergibt einen Invaliditätsgrad von rund 21 %, was keinen Rentenanspruch begründet.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss -
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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 7

Abs. 2 ATSG als nicht invalidisierend erweisen. Es liege keine dauerhafte, invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Zusammenfassend bestehe kein Rentenanspruch mehr (S. 2 Mitte).

E. 012

ein Benzodiazepin-Missbrauch beschrieben worden (S. 17 oben). 4.3.6

Aufgrund der in der aktuellen gutachterlich-psychiatrischen Untersuchung diagnostizierten psychiatrischen Störungen sei davon auszugehen, dass derzeit noch allenfalls leichte bis mittelgradige Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgewiesen seien. Hochgradige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wie vom behandelnden Psychiater postuliert, könnten aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht nicht mehr bestätigt werden (S. 17 unten).

Die Einschränkungen seien bedingt durch allenfalls noch leichte bis mittelgradige Einschränkungen der für eine berufliche Tätigkeit erforderlichen Kompetenzen, unter anderem bestünden leichte Einschränkungen der Aufmerksamkeit, des Arbeitstempos, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit. Zudem bestünden eine leicht verminderte

Stress- und Frustrationstoleranz, eine leicht verminderte emotionale Belastbarkeit, sowie die beschriebenen Defizite der sozialen Kompetenzen (S. 18 oben). 4.3.7

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, in

der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin besteht aus rein psychiatrischer Sicht bei einer Leistungsminde rung um zirka 40 % eine Gesamt- Arbeitsfähigkeit von zirka 60 % bezogen auf ein Vollzeitpensum. Im Haushalt besteht bei der Möglichkeit zur freien Zeitein teilung eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 10-20 % .

Eine weitere Besserung der psychischen Einschränkungen mit Minderung der Arbeitsunfähigkeit auf höchstens 20 % unter einer adäquaten und zumutbaren Optimierung der Psycho pharmakotherapie, gegebenenfalls im Rahmen einer stationären Behandlung , sei in den nächsten 3 Monaten zu erwarten (S. 18 Ziff. 7.1) . Gleiches führte er für der Explorandin unter Beachtung der festgestellten psychischen und rheumatologischen Einschränkungen zumutbare adaptierte Tätigkeiten aus (S. 19 Ziff. 7.3).

Dem Leiden ideal angepasste (adaptierte) Tätigkeiten seien medizintheoretisch die angestammte Tätigkeit und andere Hilfstätigkeiten des freien Arbeitsmarktes , die geringe Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, die emotionale Belastbarkeit oder die sozialen Kompetenzen beinhaltet und 40-jährigen Frauen unter Beachtung der festgestellten psychischen und rheumatologischen Ein schrän kungen zugemutet werden könn t en. Eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei gegebenenfalls unter optimierten Bedingungen möglich. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen sei nicht zwingend erforderlich (S. 19 Ziff. 7.4). 4.3.8

Multiple psychosoziale Belastungsfaktoren seien zu beachten: Subjektives, eigen williges Krankheitskonzept, Migrationshintergrund, sehr einfache Schulbildung, keine Berufsausbildung, Ausübung von einfachen beruflichen Tätigkeiten, eher geringe Chancen auf dem freien Arbeitsmarkt, Lebensalter über 40 Jahre, Dekon ditionierung nach nun fast 6 Jahren ohne berufliche Tätigkeit, familiäre Kon flikte, drei minderjährige Kinder, familiäre finanzielle Engpässe ohne berufliche Tätigkeit der E xplorandin, deutliche Besserstel lung finanziell durch die Renten versorgung, somit fortgesetzter Rentenwunsch (S. 20 Ziff. 8.4 , S. 22 Ziff. 3).

Im Vergleich zu den im psychiatrischen Teilgutachten von 2012 beschriebenen psychischen Einschränkungen ha be sich der psychische Befund deutlich ver bessert und die psychischen Einschränkungen h ätt en sich deutlich reduziert. Die nicht krankheitswertigen psychosozialen Belastungsfaktoren seien nun gänzl ich in den Vordergrund getreten (S. 20 Ziff. 8.5).

Ein Suchtleiden lieg e in Form der Abhängigkeit von Medikamenten , konkret Benzodiazepinen , vor. Eine Entgiftungsbehandlung sei indiziert (S. 22 Ziff. 5). 4.3.9

Betreffend Persönlichkeitsbild und biografische r Persönlichkeitsentwick l ung führte der Gutachter unter anderem aus, s pätestens seit der Adoleszenz best ünd en bei der Explorandin akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionisch -unreifen, passiv -aggressiven und emotional-instabi l en Anteilen.

Bei histrionisch -unreifen passiv-aggressiven und emotional-instabilen Persönlichkeitszügen könn t en fol gen de Verhaltensweisen bei der Betroffenen zumindest zum Teil und zeitweilig beobachtet werden: Egozentrik, selbstbezogene Nachgiebigkeit, anhaltendes Ver langen nach Anerkennung, erhöhte Kränkbarkeit und andauernd

manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, auch demonstratives Verhalten, dysphorisches und ablehnendes Verhalten, sowie Nichteinhalten von Anweisungen und Anordnungen

oder von Vereinbarungen mit anderen Menschen, wiederholte emotionale Krisen und Befindlichkeitsstörungen, mangelnde Impulskontrolle, gegebenenfalls

selbstverletzendes Verhalten, chronisches Gefühl innerer Leere (S. 23 oben).

Eine manifeste voll ausgebildete kombinierte Persönlichkeitsstörung habe bei der Explorandin bei der aktuellen Exploration nicht beobachtet oder bestätigt werden können. In den Vorgutachten und auch den Berichten der behandelnden Psychiater seien bisher keine konkreten diagnostischen Angaben zur Persönlichkeitsstruktur der Explorandin gemacht worden, insbesondere sei keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Trotz der persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten habe die Explorandin ihre berufliche Tätigkeit bis 2010 gut bewältigen können, da sie nicht so ausgeprägt seien. Erst die grosse Herausforderung der Versorgung von 4 Kindern habe schliesslich zu einer Erschöpfung geführt. Nach nun 6 Jahren habe sich die Explorandin längstens von dieser Erschöpfung erholen können, zudem seien die Kinder nun grösser und benötigten nicht mehr so engmaschige Versorgung wie früher. Dies habe die Explorandin in der aktuellen Exploration mehrfach selbst betont (S. 23 Mitte). 4.3.10

Zum sozialen Kontext wies der Gutachter unter anderem darauf hin, dass die Explorandin derzeit durch die ihr ausgerichteten Renten insgesamt höhere Einkünfte erziele, als sie früher bei ihrer Arbeit verdient habe (S. 15 Mitte).

Betreffend Beeinträchtigungen und vorhandene persönliche Ressourcen führte der Gutachter unter Hinweis auf den psychischen Befund aus, es bestehe noch eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik mit eher geringen Beeinträchtigungen. Seit 2012 könne retrospektiv aus aktueller gutachterlicher Sicht eine deutliche Verbesserung der psychischen Einschränkungen und der Arbeitsunfähigkeit von nun zirka 40 % nachvollzogen werden. Die Explorandin habe auch selbst weniger Leidensdruck verspürt und es nicht für nötig befunden, eine stationäre Behandlung zur besseren Einstellung ihrer Psychopharmaka und dem Absetzen der suchterzeugenden Substanzen wahrzunehmen. Es sollte eine Optimierung der Behandlung insbesondere zur Verbesserung des Schlafs durchgeführt werden. Voraussichtlich sei eine weitere Besserung der Symptomatik durch eine adäquate und konsequente Behandlung zu erreichen. Es bestünden auch persönliche Ressourcen, die Explorandin verfüge in der Freizeit über ausbaufähige Ressourcen, die sie auch im beruflichen Umfeld einsetzen könne, wenn sie sich dafür entscheide (S. 23 Ziff. 8). 4.3.11

Zur Frage der Konsistenz führte der Gutachter aus, es bestünden deutliche Inkonsistenzen in den Angaben der Explorandin und den angegebenen Beschwerden und dem gezeigten Verhalten in der aktuellen Exploration (S. 25 Ziff. 5).

Zur Frage nach Ausschlussgründen wie Aggravation und ähnlichen Erscheinungen führte der Gutachter unter anderem aus, es müssten bei der Explorandin ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn, ein nun schon lange bestehendes dysfunktionales Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten und zudem über Verdeutlichungstendenzen weit hinausgehende Tendenzen zu ausgeprägter Aggravation beachtet werden. Auch ein Täuschungsverhalten habe nicht ausgeschlossen werden können (S. 22 Ziff. 4). 4.4

Dr. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer
Stellungnahme vom 3. August 2016 (Urk. 6/87 S. 5 ff.) unter anderem aus, das Gutachten
erfülle die näher genannten K riterien (vgl. vor steh end E.

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