

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00687 vom 31. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00687

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00687 du 31 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00687 del 31 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1968 geborene X.____, welche in ihrem Heimatland gemäss eigenen Angaben eine einjährige Ausbildung zur Chemielaborantin absolviert hatte (Urk. 10/48/1 und Urk. 10/69/10), reiste 1996 in die Schweiz ein und war ab 2001 bei Y.____ als Produktionsmitarbeiterin vollzeitlich erwerbs tätig. Die Versicherte ist Mutter zweier in den Jahren 1989 und 1999 geborener Kinder und meldete sich

am 30. September 2014 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine seit 12 Jahren bestehende Fibromyalgie bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 10/2, Urk. 10/7 und Urk. 10/9). Die IV-Stelle tätigte beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und teilte der Versicherten am 5. Dezember 2014 mit, berufliche Massnahmen (insbesondere eine Arbeitsplatz erhaltung) seien derzeit nicht notwendig, da keine langfristige Krankschreibung vorliege und nicht mit der Kündigung des Arbeitsplatzes gerechnet werde (Urk. 10/16). Mit Vorbescheid vom 28. September 2015 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 10/28), wogegen die Versicherte mit Eingabe vom 28. Oktober 2015 Einwand erhob (Urk. 10/34). Mit Eingabe vom 1. Dezember 2015 ergänzte die Versicherte ihren Einwand (Urk. 10/38). Die IV-Stelle tätigte weitere medizinische Abklärungen und veran lasste eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Auftrag vom 20. Juli 2016 [Urk. 10/63]). Die MEDAS Z.____ erstattete das Gutachten am 2. Dezember 2016 (Urk. 10/69). Am 14. Dezember 2016 bat die IV-Stelle die MEDAS Z.____ um Ergänzung des Gutachtens (Urk. 10/70), woraufhin der begutachtende Psychiater mit Schreiben vom 3. Januar 2017 (Urk. 10/71) Stellung nahm. Die Versicherte äusserte sich am 18. April 2017 zum Gutachten (Urk. 10/78), und die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 15. Mai 2017 ab (Urk. 2 [= Urk. 10/80]).

E. 1.1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichene n 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. 1.1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unabhängig von der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunfts Ängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen vererbten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Daran, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst, ändert auch die neue Rechtsprechung nichts (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis).

E. 1.1.4

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto

ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer

umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6).

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 betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3.1

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.3.2

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der mass - Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom

1. Februar 2018 E. 4.2). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. Juni 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen; eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 30. August 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2017 (Urk. 2) erwog die Beschwerdegegnerin, die fachärztlich gestellten Diagnosen hätten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Es liege ein vorübergehendes Leiden vor. Leicht- bis mittelgradige Störungen würden sich in der Regel unter einer Therapie bessern. Es hätten zudem Widersprüche betreffend die Medikamenteneinnahme und das Schmerzverhalten festgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin verfüge über einige Ressourcen, welche ihr die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit erleichterten.

E. 2.2

Demgegenüber wandte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 14. Juni 2017 im Wesentlichen ein (Urk. 1), das MEDAS-Gutachten sei schlüssig und es könne darauf abgestellt werden. 3.

3.1

Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 2. Dezember 2016, welches auf internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen basiert, wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 10/69/17): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom, chronifiziert (ICD-10 F32.11) Als Diagnosen ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert wurden genannt (Urk. 10/69/17): - Pseudohalbseitensyndrom rechts (Oberflächensensibilität) - Fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom - Diffuse idiopathische Spondylosis

hyperostotica (Ganzkörper-MRI 04/2015) - Leichte Aorteninsuffizienz 04/2009 - Rezidivierender Herpes Simplex, anamnestisch Dem Gutachten lassen sich folgende Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrem persönlichen und beruflichen Werdegang entnehmen: Sie sei in Portugal aufgewachsen, als jüngstes von fünf Kindern. Ihre Mutter sei gelernte Schneiderin gewesen, der Vater Fabrikarbeiter. Er sei frühpensioniert worden wegen einer «bipolaren Depression». Die Mutter sei an Alzheimer erkrankt und habe unter Depressionen, Darmkrebs, Fibromyalgie und «Kopfproblemen» gelitten. Eine Schwester sei bereits verstorben, die übrigen Geschwister (eine Schwester und zwei Brüder) und die Kinder der Geschwister seien alle nervös. Sie selbst sei gemäss Angaben ihrer Mutter als Kind im Alter von acht bis neun Monaten an einer Leukämie erkrankt und mehr als eineinhalb Jahre im Spital gewesen. Sie könne sich daran nicht erinnern. Ihre gesundheitlichen Probleme hätten bereits in der Schule begonnen, sie sei nicht gleich gewesen wie andere Kinder, habe nicht mitgespielt, nur zugeschaut. Sie habe sich damit zufriedengegeben, andere Kinder zu beobachten und deren Verhalten zu analysieren. Sie

habe sich mit der Beschäftigung wohl gefühlt. Oft sei sie aber auch traurig gewesen. Sie sei eine gute Schülerin gewesen mit guten Noten. Probleme habe sie vor allem mit ihrer neun Jahre älteren Schwester gehabt, von der sie immer geschlagen worden sei (Urk. 10/69/11 und Urk. 10/69/31). Sie könne sich erinnern, dass sie im Jahr 1979 von dieser derart geschlagen worden sei, dass sie zum Arzt gehen müssen. Die Mutter habe die Schwester zurechtgewiesen, jedoch ohne nachhaltige Verbesserung. Früher habe sie grosse Ängste vor der Schwester gehabt, heute habe sich das Verhältnis eher umgekehrt. Sie (die Beschwerdeführerin) könne bei Provokationen durchaus auch aggressiv werden. Unter Beinschmerzen habe sie schon als Kind gelitten (Urk. 10/69/33). Probleme mit der Galle habe sie auch bereits ab ihrem 9. Lebensjahr gehabt, es seien Bauchschmerzen nach fettigen Speisen aufgetreten. Sie sei ausserdem nervös gewesen. Der Doktor habe damals gesagt, dies seien die «Nerven». Mit 19 Jahren habe sie erstmals Medikamente für die Nerven erhalten, in jener Zeit sei es auch zu einer erstmaligen psychiatrischen Behandlung gekommen. Aufgrund der eingenommenen Medikamente habe sie in zwei Wochen 10 kg zugenommen, weshalb sie diese Medikamente wieder abgesetzt habe (Urk. 10/69/12). Nach den 11 Jahren obligatorischer Schulzeit habe sie sofort versucht, selbständig und von den Eltern unabhängig zu werden. Sie habe eine Ausbildung zur Textillaborantin machen können. An Abenden und am Wochenende sei sie in der Schule gewesen und habe tagsüber gearbeitet. Nach der Berufsausbildung sei sie zur Laborchefin befördert worden. Diese Tätigkeit sei sehr streng gewesen, habe ihr aber auch gut gefallen. Sie habe damals mit grosser Energie arbeiten können (Urk. 10/69/32). 1988 habe sie ihren Mann geheiratet. Dieser sei jedoch ein Jahr später in die Schweiz gegangen, um dort zu arbeiten. Sie sei mit ihrem drei Monate alten Sohn alleine in Portugal zurückgeblieben. Dies sei eine schwierige Zeit gewesen, sie habe immer zu 100 % gearbeitet, sei immer nervös gewesen und habe für ihr Kind eine Tagesmutter gehabt. Teilweise sei sie auch sehr traurig gewesen. 1996 sei sie in die Schweiz gekommen und 2001 sei sie zum ersten Mal in der Schweiz zu einem Psychiater in O.____ gegangen. Ihr Hausarzt habe sie dorthin geschickt. Man habe von einer Depression gesprochen. Sie sei während eines halben Jahres behandelt worden, woraufhin es ihr besser gegangen sei. Sie sei in der Folge jedoch immer wieder nervös gewesen und habe trotzdem weiter gearbeitet. Wiederholt habe sie auch Todeswünsche gehabt, dabei aber immer wieder an ihre Kinder denken müssen (Urk. 10/69/12). Sie habe gewusst, dass sie in der Schweiz nicht mehr als Textil laborantin werde arbeiten können. Anfänglich sei sie im Catering des P.____s tätig gewesen und habe später zu Y.____ gewechselt. Beide Tätigkeiten hätten ihr sehr gut gefallen, auch wenn sie ihre erlernten Fähigkeiten nicht mehr habe anwenden können und in diesem Sinne unterfordert gewesen sei. Sie habe Herz katheter montiert (Urk. 10/69/32). Die Beschwerdeführerin gab sodann an, die Entwicklung ihres Sohnes habe ihr schon über viele Jahre sehr grosse Sorgen gemacht. Er habe nicht richtig sprechen gelernt und im jungen Erwachsenenalter einen Suizidversuch unternommen. Insgesamt viermal sei er in verschiedenen Kliniken hospitalisiert gewesen. Sie habe den Sohn mehrfach besucht, kenne die Institutionen daher ein bisschen und könne sich nicht vorstellen, selbst auch einmal hospitalisiert zu werden (Urk. 10/69/32). Im Januar 2011 sei ihr Sohn an einer Schizophrenie erkrankt, das sei für sie wie eine «Bombe im Kopf» gewesen. Sie sei danach nicht mehr gleich gewesen, habe keine Wünsche mehr gehabt, beziehungsweise nur noch den Wunsch, dass es ihrem Sohn besser gehe. Sie habe keine Pläne mehr gehabt, keine Interessen (Urk. 10/69/12). Sie habe die Tatsache, dass ihr Sohn an Schizophrenie erkrankt sei, nie überwinden können, sie habe sein Schicksal nie akzeptiert. Er lebe heute in Q.____ und werde von der Invalidenversicherung unterstützt. Es

beständen gute Kontakte zu ihm. Früher sei er aggressiv gewesen, habe sich unter den Medikamenten beruhigt und schätze den Umgang mit ihr. Die Tochter sei im zweiten Jahr der Ausbildung zur Krankenschwester. Auch zu ihr beständen gute Kontakte (Urk. 10/69/32). Seit September 2012 sei sie (die Beschwerdeführerin) in Behandlung bei Dr. med. A. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und erhalte Medikamente für den Schlaf und gegen die Depression. In dieser Zeit sei sie noch arbeitstätig gewesen und habe bei der Arbeit nicht mehr geredet, nur gearbeitet. Gesundheitlich sei es aber immer schlimmer geworden. Sie habe unter Schmerzen und Depressionen gelitten und sei wechselnd arbeitsunfähig geworden. Seit Ende Mai 2015 sei sie nun anhaltend arbeitsunfähig. Sie habe sich bei der Invalidenversicherung angemeldet, weil sie bemerkt habe, dass es mit Arbeiten nicht mehr gehe (Urk. 10/69/12). Aktuell sei am schlimmsten, dass sie fast nicht schlafe, dass sie sich schlecht konzentrieren könne, Namen vergesse, ihr Kopf blockiert sei und sie manchmal Schmerzen im Kopf, Schmerzen im rechten Arm und im rechten Bein sowie Schmerzen im Bereich beider Füße habe. Deswegen könne sie nicht lange gehen, auch das Sitzen sei nicht so gut. Sie habe extreme Rückenschmerzen nach längerem Sitzen, wie ein Messer im Rücken, manchmal sei sie auch blockiert oben und unten im Rücken. Sie habe eigentlich Schmerzen im ganzen Körper, vor allem auf der rechten Seite. Psychisch gehe es schlecht. Es sei nicht mehr gleich wie früher, sie habe keine Freude mehr, könne keine Pläne mehr machen, habe kein Interesse, keine Lust, Panik wegen Kleinigkeiten. Sie sei mit ihrem Mann mit dem Zug angereist, weil sie Angst gehabt habe, alleine zu kommen. In zwei Tagen werde sie trotzdem versuchen, alleine mit dem Zug anzureisen; ihr Mann müsse dann arbeiten (Urk. 10/69/13). Aufgrund ihrer Beschwerden könne sie kaum mehr etwas unternehmen, sie mache nur noch kurze Spaziergänge von 30 Minuten. Sie lese keine Zeitungen, habe noch wenige Bücher, in die sie sich vertiefen könne. Sie lese viele Artikel über Schizophrenie. Sie lebe in einer dauernden Angst, auch schizophren zu werden, und leide unter einer andauernden inneren Unruhe und Anspannung. Im öffentlichen Verkehr gerate sie in Panik, vor allem wenn viele Personen anwesend seien. Sie habe keine Freude mehr am Kochen und beschränke sich im Haushalt auf ein Minimum. Der Ehemann könne verbilligte Flugbillette auch für sie besorgen, sie habe aber nie mehr davon Gebrauch gemacht. Auch die Reisen nach Portugal würden ihr keinerlei Freude mehr bereiten (Urk. 10/69/33). Sie empfinde keinerlei Freude mehr und wisse, dass sie den Alltag bewältigen müsse und zur Mitwirkung im Haushalt verpflichtet sei. Sie zeige kein aktives Verhalten mehr, organisiere keine Besuche und treffe sich kaum noch mit Kolleginnen. Einzig die Kontakte mit den beiden Kindern gestalte sie aktiv (Urk. 10/69/34). Befragt zum Tagesablauf gab die Beschwerdeführerin an, dieser gestalte sich unterschiedlich und sei abhängig vom Schlaf. Sie könne teils kaum schlafen, sei dann morgens vermehrt müde, stehe meist irgendwann zwischen 08.00 und 11.00 Uhr auf, frühstücke und verrichte vormittags Haushaltsarbeiten (Betten richten , Geschirrausräumen et cetera). Das Mittagessen nehme sie alleine ein, dabei esse sie fast immer kalt, etwas Kleines.

Nachmittags nehme sie teils Arzttermine wahr, einmal wöchentlich gehe sie ins Hallenschwimmbad nach Walli sellen und bade im warmen Wasser. Es komme vor, dass sie vormittags und nachmittags einen Spaziergang von

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

bis 15 Minuten Dauer unternehme , jedoch nicht täglich. Sie sei fast immer zuhause, habe keine Lust , etwas zu machen.

Das Nachtessen werde gegen 18.00 Uhr eingenommen. Teils koche sie, teils koche ihr Mann dann fertig oder koche sogar das ganze Nachtessen. Sie habe oft keine Kraft, früher habe sie viel Energie gehabt. Jetzt sei sie eine alte Frau, 90-jährig oder mehr, dies sei für sie so schwierig. Abends schaue sie allenfalls TV oder lese. Zu Bett gehe sie meistens zwischen 21.00 und 22.00 Uhr, sie habe jedoch Mühe einzuschlafen und stehe nachts wegen der Schmerzen teils wiederholt auf, null bis drei Mal. Sie habe keine Hobbies, ausser dem Lesen von Romanen und Büchern , vor allem auch über ihre Krankheit und diejenige ihres Sohnes. Sie würde gerne noch arbeiten, gerne mit Kolleginnen Kaffee trinken, wie früher, sie vermisse dies. Kürzere Strecken fahre sie noch mit dem Auto. Die Haushaltarbeiten mache sie soweit möglich selber, sie habe aber teils kaum Kraft, müsse sich dann immer wieder hinlegen . Ihr Mann und auch die Tochter würden bei sämtlichen Arbeiten mithelfen. Seit die Tochter arbeite, mache diese etwas weniger, ihr Mann aber umso mehr (Urk. 10/69/11) . Der begutachtende Psychiater erhob den folgenden Befund: Die Beschwerdeführerin sei eindeutig depressiv gestimmt, mit reduziertem Vitalgefühl und aus drucksarmem Gesicht. Über weite Strecken habe sie versucht, in ordentlichem Deutsch direkt zu antworten. Vereinzelt sei sie durch die Dolmetscherin unterstützt worden. Sie habe eine gute Introspektionsfähigkeit gezeigt und

i ihre Befindlichkeit differenziert beschreiben können. Form und Inhalt des ganzen Denkens hätten einen mindestens durchschnittlichen Bildungsstand verraten. Sie habe sich Gedanken zur ganzen familiären Belastung gemacht , zur Wahrscheinlichkeit , selbst an einer Schizophrenie zu erkranken. Es fänden sich weder Störungen des Bewusstseins noch der Orientierung. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Verwirrung habe sich während des Gesprächs nicht objektivieren lassen. Aufmerksamkeit s- und Gedächtnisstörungen hätten sich nicht finden lassen. Das Denken sei gehemmt, verlangsamt, eingeengt auf ihre Defizite und auf ihre Schmerzproblematik. Sie habe Befürchtungen in Bezug auf ihre Zukunftsgestaltung geäußert. Zwangshandlungen im engeren Sinne, Sinnestäuschungen, Wahnphänomene oder Ich-Störungen hätten sich nicht feststellen lassen . Im Bereich der Affekte fänden sich ausgeprägte Defizite. Es bestehe ein Gefühl der Gefühllosigkeit. Die Beschwerdeführerin sei ausgesprochen affektarm, das Vitalgefühl sei reduziert, sie zeige eine ausgeprägte innere Anspannung. Der Antrieb sei ebenso wie die Psychomotorik deutlich reduziert. Zirkadiane Besonderheiten würden sich nicht eruieren lassen. Es bestünden ein sozialer Rückzug sowie ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf Menschenansammlungen . Suizidgedanken seien im Moment des Gesprächs nicht vorhanden gewesen , stellen sich aber regelmässig ein. Die ausgeprägte Schlafstörung sei bereits beschrieben worden (Urk. 10/69/34) .

In seiner Beurteilung hielt der begutachtende Psychiater im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin entstamme einer mit psychiatrischen Leiden offenbar doch erheblich belasteten Familie. Nachdem ihr eigener Sohn schizophren geworden sei, sei ein weiterer, grosser Stressfaktor hinzugetreten. Eindrücklich habe sie sodann geschildert, dass sie selbst befürchte, ebenfalls noch schizophren zu werden.

Trotz der ungünstigen Konstellation in der Kindheit/Jugend habe die Beschwerdeführerin eine eindruckliche Berufslaufbahn beginnen können. Sie habe eine Ausbildung abgeschlossen und sei zur Vorgesetzten befördert worden, was sicher nur mit guten Leistungen möglich gewesen sei. In der Schweiz sei die Beschwerdeführerin intellektuell eher unterfordert gewesen, was sehr oft ein zusätzlicher Stressor darstelle. Der Gutachter Dr. B.____

sei vor rund 1 1/2 Jahren noch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen und die Problematik habe sich zwischenzeitlich weiter chronifiziert und verfestigt, somit sei der Zustand heute sicher nicht besser als damals. Die Beschwerdeführerin stehe ohne Motivation und Antrieb den Alltag durch, sie erlebe keine banalen Freuden mehr, sie kenne ihre Pflichten und versuche, diese noch soweit wie möglich zu erfüllen. Die Aufgabe habe sich durch den Wegzug der Nachkommen reduziert. Die Alltagsbelastung sei aber immer noch so, dass ein Wohnungswechsel vollzogen werde, um das Treppensteigen zu vermeiden.

Das genaue Ausmass der Arbeitsunfähigkeit festzulegen sei gerade bei depressiven Versicherten eine Ermessensfrage. Unter Berücksichtigung aller aufgeführten Aspekte sei aber von einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 10/69/36 f.). Die Gutachter gelangten zum Schluss, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in der Herzkatheter-Produktion – wie auch jede andere körperlich leichtere bis mittelschwere manuelle Tätigkeit – sei der Beschwerdeführerin lediglich noch zu 25 % der Norm zumutbar. Limitierend würden sich diesbezüglich die chronifizierten psychischen Störungen mit insbesondere erheblich ausgeprägter Beeinträchtigung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie der Gruppenfähigkeit erweisen. Zusätzlich bestehe gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten eine massig ausgeprägte Beeinträchtigung diverser weiterer Fähigkeiten. Eine nachhaltige Besserung des psychischen Zustandsbildes sei sehr unwahrscheinlich (Urk. 10/69/17 f.). Die somatischen Befunde seien bezüglich einer allfälligen Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin als nicht relevant einzustufen (Urk. 10/69/16). 3.2

Der begutachtende Psychiater, welcher um eine Begründung der von ihm angenommenen 50%igen Arbeitsunfähigkeit durch den Gutachter Dr. B.____ sowie um eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gebeten wurde, gab am 3. Januar 2017 folgende Auskunft: Dr. B.____ habe im Februar 2015 bloss eine teilweise Arbeitsunfähigkeit attestiert und habe sich nicht auf eine Zahlenangabe festgelegt. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe er (der begutachtende Psychiater) aus den Ausführungen von Dr. B.____ auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % geschlossen. Mit einem leicht wellenförmigen Verlauf habe sich die Arbeitsunfähigkeit dann schleichend verstärkt. Dazu beigetragen habe die Chronifizierung, die schleichend stärkere Ausprägung der Krankheitszeichen, die Resignation über den Zeitraum von zwei Jahren. Die Beschwerdeführerin ermüde rasch, die Schmerzen seien ausgeprägter, das Durchhaltevermögen sei eingeschränkter, die Sozialkompetenz

habe abgenommen und die Ressourcen zur Bewältigung der Defizite hätten sich ebenfalls vermindert. In diesem Sinne gehe er von einer Reduktion der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 50 % auf 25 % aus (Urk. 10/71). 4.

4.1

Das polydisziplinäre MEDAS- Gutachten vom 2. Dezember 2016 basiert auf fach ärztlichen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre diesbezüglichen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das MEDAS-Gutachten erfüllt demnach alle rechtsprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. E. 1.3.1). Ausgewiesen und unbestritten ist, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden kann. Aus psychiatrischen Gründen wird der Beschwerdeführerin von den Gutachtern allerdings eine hoch gradige Arbeitsunfähigkeit von 75 % attestiert. Diese medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermag nicht zu überzeugen (vgl. E. 1.1.4), was nachfolgend aufzuzeigen ist. 4.2

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachter die Diagnosekriterien zutreffend gemäss dem gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 beurteilt haben. Die Diagnosen entsprechen den erhobenen Befunden, weshalb sich diesbezügliche Weiterungen erübrigen. Die MEDAS-Gutachter haben es jedoch versäumt, die psychosozialen Umstände aus ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuklamern.

Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (E. 1.1.3). Anlässlich der Eingliederungsberatung vom 5. Dezember 2014 hatte die Beschwerdeführerin angegeben, ihre Beschwerden hätten seit Eintritt der Krankheit ihres Sohnes stark zugenommen (Urk. 10/17/1). Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Privatgutachten vom 9. Februar 2015 (Urk. 10/25) sodann fest, auffällig sei, dass die Schmerzen (Fibromyalgie) bei der Beschwerdeführerin dann besonders gross würden, wenn sie an ihren Sohn denke, der vor vier Jahren psychisch schwer erkrankt sei (Urk. 10/25/2). Dr. B.____ stellte die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und gelangte zum Schluss, im Sinne einer Entlastung und einer damit einhergehenden Symptomverringerung sei eine teilweise Arbeitsunfähigkeitsrente, zumindest für einige Jahre, zu empfehlen. Eine ganze Invalidenrente wolle die Beschwerdeführerin selber nicht, weil sie die soziale Einbettung und Wahrnehmung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit wünsche (Urk. 10/25/3 f.). Auch gemäss Bericht der C.____ vom 16. März 2016 hatte die Beschwerdeführerin angegeben, es gehe ihr seit 3 ½ Jahren psychisch schlecht. Auslöser sei die Krankheit ihres Sohnes gewesen, bei dem vor fünf Jahren eine bipolare Störung diagnostiziert worden sei. Sie sorge sich sehr um ihren Sohn und habe Angst, dass es ihm nicht wieder besser gehen werde (Urk. 10/48/1). Wenn die MEDAS-Gutachter angesichts dieser dominierenden Sorge um den Sohn zum Schluss gelangten, die allfälligen Auswirkungen eines Wegfalls der psychosozialen Belastungsfaktoren seien nur von akademischem Interesse – diese Faktoren seien unverrückbare Teile der Realität, gehörten zum ganzen Lebensplan der

Beschwerdeführerin, weshalb Spekulationen zur Entwicklung ohne diese Faktoren keinen Sinn ergäben (Urk. 10/69/19) –, verkennen sie die juristische Bedeutung dieser Hypothese (E. 1.1.3). Immerhin erkannte auch der begutachtende Psychiater in seinem Teilgutachten vom 13. September 2016, dass emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungsfaktoren in eindrucklichem Umfang vorlägen (Urk. 10/69/36). Es ist daher unerlässlich, die psychosozialen Belastungsfaktoren, welche die Beschwerdeführerin selbst als Auslöser ihrer Einschränkungen bezeichnet hatte, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuscheiden, insbesondere auch angesichts des beruflichen Werdegangs der Beschwerdeführerin, welche gemäss eigenen Angaben früher stets zu 100 % arbeitstätig gewesen war (Urk. 10/69/12 und Urk. 10/69/32). Trotz angegebener wiederholter psychischer Instabilitäten kam es früher nie zu einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit. Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund stehen und deshalb nicht auf die – diese Faktoren nicht ausklammernde – Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann. Hinzu kommt, dass der begutachtende Psychiater bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine spekulative Annahme traf. Er ging davon aus, Dr. B.____ sei in seinem Privatgutachten vom 9. Februar 2015 (Urk. 10/25) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Dies trifft aber nicht zu (vgl. E. 4.2); Dr. B.____ quantifizierte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht (Urk. 10/25). 4.3

4.3.1

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verbleibt dem Gericht die Prüfung der Standardindikatoren gemäss der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Auf Grund der im MEDAS-Gutachten gestellten Diagnosen ist ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen (BGE 141 V 281 sowie BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418). Da das Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der nunmehr massgeblichen Indikatoren erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen (E. 1.3.2). 4.3.2

Unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist als Erstes darauf hinzuweisen, dass aus rheumatologischer Sicht keine relevanten somatischen Befunde am Bewegungsapparat objektiviert werden konnten (Urk. 10/69/27) und dass anamnestisch eine persistierend hohe Schmerzintensität (visuelle analoge Schmerzskala)

aufgefallen ist, dies trotz regelmässiger Einnahme von Ibuprofen in ausreichender Dosis, trotz ausserhäuslicher beruflicher Dispensierung und trotz erheblicher Beanspruchung von Fremdhilfe (Ehemann, Tochter) im eigenen Haushalt (Urk. 10/69/26). Der begutachtende Rheumatologe hielt denn auch fest, der Verdacht der Beschwerdeführerin, es könnte eine mögliche familiäre Disposition zu Fibromyalgie vorliegen, verstärkte die hypochondrische Tendenz (Urk. 10/69/26). Eine Hypochondrie wirft aber die Frage nach dem Vorliegen von Verdeutlichungstendenzen auf, sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) hielt in seiner Beurteilung vom 16. März 2017 unter anderem fest, es sei im psychiatrischen Befund nicht beschrieben worden, ob die Beschwerdeführerin Anzeichen von Schmerzen gezeigt habe (Urk. 10/81/8), was zutrifft (Urk. 10/69/34) und den Schluss zulässt, dass solche Anzeichen vom begutachtenden Psychiater nicht beobachtet und deshalb nicht festgestellt werden konnten. Dies stellt einen klaren Hinweis auf Verdeutlichungstendenzen dar. Die Beschwerdeführerin gab gegenüber dem begutachtenden Internisten sodann an, am schlimmsten sei, dass sie fast nicht schlafe, dass sie sich schlecht konzentrieren könne – sie vergesse Namen –, dass ihr Kopf blockiert sei und sie manchmal Schmerzen im Kopf habe, Schmerzen im rechten Arm und Bein

sowie im Bereich beider Füsse (Urk. 10/69/13). Auch gegenüber dem begutachtenden Psychiater gab die Beschwerdeführerin an, unter chronischen Schlafstörungen zu leiden, welche trotz der Medikamenteneinnahme kaum beserten (Urk. 10/69/33). Zum Tagesablauf befragt gab die Beschwerdeführerin aber an, sie gehe zwischen 21.00 und 22.00 Uhr zu Bett, habe Mühe einzuschlafen und stehe nachts wegen Schmerzen teils wiederholt auf, null bis drei Mal (Urk. 10/69/11). Dies deutet nicht auf ausgeprägte regelmässige Schlafstörungen hin, zumal die Beschwerdeführerin offensichtlich teilweise auch durchschlafen kann und der Serumspiegel des Medikaments Trittico mit dem Wirkstoff Tradozon, welches die Beschwerdeführerin als Schlafmittel einnimmt (Urk. 10/17/3), deutlich unter dem therapeutischen Bereich liegt (Urk. 10/69/22 und Urk. 10/69/35). Den Schilderungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Tagesablauf lässt sich zudem nicht entnehmen, dass sie tagsüber Schlafpausen einlegt (Urk. 10/69/11), was bei massiven nächtlichen Schlafstörungen durchaus eine Möglichkeit zur Erholung darstellen würde. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen konnte der begutachtende Psychiater keine feststellen (Urk. 10/69/34), obwohl die Beschwerdeführerin über eine schlechte Konzentration geklagt hatte. Nach dem Gesagten ist eine Verdeutlichungstendenz erkennbar, welche das Ausmass einer Aggravation zwar nicht erreicht und auch die korrekte Diagnosestellung der MEDAS-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen vermag. Allerdings stellt die Verdeutlichungstendenz den von der Beschwerdeführerin angegebenen Schweregrad der funktionellen Auswirkungen ihrer Beschwerden in Frage. Eine erhebliche Ausprägung der Beeinträchtigungen ergibt sich denn auch aus der Auswertung des Mini-ICF-Fragebogens (Urk. 10/69/39 f.) nicht. Es wurde darin angegeben, bei vier Fähigkeiten bestehe eine leicht ausgeprägte, bei sechs Fähigkeiten eine mässig ausgeprägte und bei drei Fähigkeiten eine erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung. 4.3.3

Dem Umstand, dass der Serumspiegel des Wirkstoffes Tradozon

deutlich unter dem therapeutischen Bereich lag (Urk. 10/69/22 und Urk. 10/69/35), ist unter dem Aspekt der «Konsistenz» ebenfalls Bedeutung zuzumessen. Da die Beschwerdeführerin die erforderliche medikamentöse Therapie nicht in ausreichendem Ausmass in Anspruch nimmt, ist von keinem sehr ausgeprägten Leidensdruck auszugehen. Ein Leidensdruck kann aber auch nicht gänzlich in Abrede gestellt werden, begibt sich die Beschwerdeführerin doch regelmässig in therapeutische Behandlung, zweimal monatlich bei Dr. A. ___ für Gespräche auf Portugiesisch und alle zwei Wochen für jeweils eine Stunde bei Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 10/69/13). Ein Verbesserungspotential lässt sich aufgrund des Berichts der C. ___ vom 16. März 2016 nicht ausschliessen: Die Beschwerdeführerin habe sehr motiviert am Therapieprogramm teilgenommen und sich in den psychotherapeutischen Gesprächen offen und den inhaltlichen Themen stets zugewandt

gezeigt. Trotz der Sprachbarriere habe grosses Interesse bei der Beschwerdeführerin beobachtet werden können, die vermittelten Inhalte zu verstehen und bei sprachlichen Verständnisschwierigkeiten jederzeit nachzufragen. Die Erkrankung des Sohnes an Schizophrenie habe bei der Beschwerdeführerin zu einer chronischen depressiven Symptomatik geführt. Auf die verschiedenen Übungen für die zuhause verbrachten Wochenenden habe sich die Beschwerdeführerin gut einlassen können. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik seien die Gespräche zunächst auf die Wahrnehmung von belastungsrelevanten Faktoren fokussiert worden. Hinsichtlich des Krankheitskonzepts habe die Beschwerdeführerin erkennen können, wie sehr auch Belastungsfaktoren der

Vergangenheit (psychische Erkrankung des Vaters während der Kindheit, schwierige Beziehung zu einigen Geschwistern, Ablehnung durch die Familie des Ehemannes, Migration sowie die psychische Erkrankung des Sohnes) sie heute noch beschäftigt. Auch sei deutlich geworden, wie stark perfektionistische Ansprüche die Beschwerdeführerin prägten .

Vor diesem Hintergrund habe sich gezeigt, dass sich die Beschwerdeführerin häufig überfordert habe und frustriert gewesen sei, wenn sie ihren Ansprüchen nicht mehr zu genügen vermocht habe, was hohe Anspannung in ihr erzeugt habe . Die Beschwerdeführerin habe auch gemerkt, dass dies wiederum die körperlichen Beschwerden verstärken könne . Insofern sei es gelungen, das Krankheitskonzept der Beschwerdeführerin hinsichtlich zentraler psychosomatischer Einflussfaktoren zu ergänzen. Die Beschwerdeführerin habe gut auf aktive Entspannungstherapien angesprochen, weshalb ihr empfohlen worden sei, diese selbstständig auch zu Hause zu vertiefen. Erfreulich sei für die Beschwerdeführerin die Erkenntnis gewesen, dass sie hier gelernt habe, was Entspannung sei und dass sie dies weiterhin zuhause nutzen wolle. Die Distanzgewinnung von zu Hause, die erfrischenden sozialen Kontakte sowie die abwechselnde und aktivierende Tagesstruktur hätten der Beschwerdeführerin gutgetan, um ein besseres Krankheitsverständnis zu gewinnen und alternative Strategien im Umgang mit ihrer Erkrankung aufbauen zu können. Der Umgang mit psychischen Erkrankungen, gerade in Bezug auf ihren Sohn, sowie der Aufbau der eigenen Selbstfürsorge seien nach wie vor wichtige Themen und sollten weiterhin in der ambulanten Therapie berücksichtigt werden (Urk. 10/48/3 f.). Im Bericht der C.____ wurde der Beschwerdeführerin

keine über die Dauer des Aufenthaltes (27. Januar bis 23. Februar 2016) hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/48 /4).

Der Verlauf während des Klinikaufenthalts in der C.____ macht deutlich, dass nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden kann. Daran ändert nichts, dass Dr. D.____, welcher die Beschwerdeführerin nach dem Klinikaufenthalt in der C.____, konkret ab dem 15. April 2016, behandelte (Urk. 10/51/7), in seinem Bericht vom 2. Juni 2016 (Urk. 10/55) bloss von sehr geringen Verbesserungen berichten konnte, zumal unklar ist, ob die Beschwerdeführerin die Umstellung der medikamentösen Behandlung in der Folge seriös umsetzte; wie gesagt, lag der Serumspiegel des Wirkstoffs Tradozon

im Begutachtungszeitpunkt deutlich unter dem therapeutischen Bereich . Aus den genannten Gründen ist eine Therapieresistenz nicht ausgewiesen. Allerdings liegt mittlerweile eine Chronifizierung der psychischen Leiden vor, was die Erfolgsaussichten der Therapien erschweren dürfte. 4.3.4

Es liegt eine Wechselwirkung zwischen der somatoformen Schmerzstörung und der depressiven Symptomatik vor (im Sinne einer Komorbidität) , was sich insgesamt ressourcenhemmend auswirkt. Der Beschwerdeführerin verbleiben aber den noch einige Ressourcen. Sie verrichtet vormittags Haushaltsarbeiten (Betten, Geschirrausräumen et cetera), verpflegt sich über Mittag selbstständig, nimmt nachmittags teils Arzttermine wahr, geht einmal wöchentlich ins Hallenbad, wo sie in warmem Wasser badet, unternimmt vormittags und nachmittags manchmal Spaziergänge von 10 bis 15 Minuten Dauer, kocht teilweise das Abendessen, schaut abends fern, liest Romane und Bücher, vor allem über ihre Krankheit und diejenige des Sohnes, fährt kürzere Strecken mit dem Auto (Urk. 10/69/11) und verreist in die Ferien (Urk. 10/61). Der begutachtende Psychiater hielt zudem fest, die

Alltagsbelastung der Beschwerdeführerin sei immer noch so, dass ein Wohnungswechsel vollzogen werde, um das Treppensteigen zu vermeiden (Urk. 10/69/36). Das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin mag zwar reduziert sein, aber bei Weitem nicht im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit von 75 %. Weshalb das Lesen von Fachliteratur nicht als Ressource soll gewertet werden können (Urk. 1 S. 18), erschliesst sich nicht. Ob das Lesen der Entspannung oder der fachlichen Information über die eigene und die Erkrankung des Sohnes

dient, ist unerheblich; die Literatur von Fachbüchern, welche inhaltlich in der Regel anspruchsvoller sind als Romane, setzt eine erhebliche Konzentrationsfähigkeit voraus. Auch die übrigen aufgezählten Tätigkeiten dürfen – entgegen einzelner Vorbringen der Beschwerdeführerin – bei der Ressourcenprüfung berücksichtigt werden. Weiterungen erübrigen sich daher. Anzuführen bleibt, dass das Argument, es hätte ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müssen (vgl. Urk. 1 S. 15) von vornherein nicht sticht, weil die fehlende Inanspruchnahme der verfügbaren Therapiemöglichkeiten im Rahmen der gesamten lichen

Indikatorenprüfung entcheidend in Anschlag gebracht werden darf (Urteil des Bundesgerichts 9C_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 3.2). 4.4

Damit kann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass nicht mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Dazu müsste die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zu mindestens 40 % eingeschränkt sein, was sich nicht begründen lässt, zumal es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine optimal angepasste Tätigkeit handelte. Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Eingliederungsberatung vom 5. Dezember 2014 an, die Arbeitszeiten seien für sie zu lang. Manchmal habe sie bereits nach kurzer Zeit solche Schmerzen, dass sie kaum mehr weiterarbeiten könne. Auf die Frage, was am Arbeitsplatz denn geändert werden müsse, damit sie besser arbeiten könne, gab die Beschwerdeführerin zur Auskunft, Änderungen seien eigentlich nicht nötig. Aber sie könne ein Fach nicht mehr im Schichtbetrieb arbeiten und so früh zur Arbeit fahren. Danach gefragt, ob es denn etwas beitragen würde, wenn sie nur noch späte Schichten hätte, antwortete die Beschwerdeführerin, dass sie dies nicht möchte, da sie dann ihre Tochter abends nicht mehr sähe. Die Eingliederungsberaterin hielt daraufhin fest, dass nicht nachvollziehbar dargelegt werden könne, welche Beschwerden eine Schichtarbeit verhinderten. Bei der Suche nach einer neuen Arbeitsstelle wollte die Beschwerdeführerin auch nicht unterstützt werden, da ihr die Tätigkeit beim aktuellen Arbeitgeber gefalle und man keine bessere Tätigkeit für sie finden könne (Urk. 10/17/3). 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - 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
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Muraro

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