

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01245 vom 28. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01245](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01245)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01245 du 28 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01245 del 28 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1975 und Mutter zweier Kinder (Jahrgänge 2000 und 2004), meldete sich am 25. März 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/4). Aufgrund ihrer Abklärungen medizinischer und erwerblicher Art verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 5/50-51, Urk. 5/57, Urk. 5/68-69 und Urk. 5/73-75) den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 5. September 2014 (Urk. 5/76). Die dagegen am 1. Oktober 2014 (Urk. 5/79/3-11) erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 9. Februar 2015 in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache zur Vorname weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (Prozess Nr. IV.2014.01020; Urk. 5/84).

In der Folge liess die IV-Stelle die Versicherte insbesondere polydisziplinär be gut achten (Expertise vom 29. Februar 2016; Urk. 5/113/1-35) und veranlasste eine Abklärung im Haushalt (Urk. 5/122). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/124, Urk. 5/127, Urk. 5/131-132, Urk. 5/134) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. Oktober 2017 (Urk. 5/137 = Urk. 2) ab.

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu be tätigen, 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**

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision ( Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre ( Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung IVV; BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozial - versicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ( BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_287/2013 vom 8. November 2013 E. 3.5

und 8C\_511/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 3.1, je mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 17. November 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Ausrichtung einer Invalidenrente. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2018 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 17. Oktober 2017 (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit seit Januar 2011 zu 66 % arbeitsfähig sei (S. 2 oben). Sie sei als zu 70 % Erwerbstätige und zu 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Die Begründung eines verschlechterten Gesundheitszustandes vermöge nicht zu überzeugen (S. 2 unten). Die Einschränkung im Erwerbsbereich betrage 0 %, diejenige im Haushalt 30 %. Aus beiden Bereichen zusammen resultiere ein Invaliditätsgrad von 9 % (S. 3).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich ebenfalls auf den Standpunkt (Urk. 1), dass sie als zu 70 % Erwerbstätige und zu 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren sei (S. 7 oben). Ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung im Januar 2016 verschlechtert (S. 7 Ziff. 6). Aus näher dargelegten Gründen (S. 7 f. Ziff. 6 f.) sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Erwerbstätigkeit auszugehen. Auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin und den Haushaltabklärungsbericht von Januar 2017 könne nicht abgestellt werden (S. 9 Ziff. 8).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 9. Februar 2015 wurde die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen (Prozess Nr. IV.2014.01020; Urk. 5/84). Die medizinische Aktenlage war ungenügend und beide Parteien beantragten übereinstimmend die Rückweisung der Sache. Dies stand mit der Akten- und Rechtslage im Einklang (Urk. 5/84 E. 2.3). Deshalb ist nicht weiter auf die damalige medizinische Aktenlage einzugehen. 3.2

Die Ärzte des Y. \_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nannten mit Bericht vom 17. Juni 2015 (Urk. 5/100) folgende, hier gekürzt angeführte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - primäres Sjögren-Syndrom - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom - Odynophagie bei Reflux - generalisierte Prurigo - Zungenbrennen - chronische Blutanämie bei Uterus myomatosus - persistierender Vitamin-D-Mangel - rezidivierende depressive Störung - rezidivierende generalisierte tonische Anfälle seit zirka Dezember 2010 - Allergie auf Rituximab - Status nach Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) bei unklarem Fokus Januar 2014

Die Prognose sei ungünstig. Der weitere klinische Verlauf sei abzuwarten (Ziff. 1.4). Eine körperliche Arbeit komme aktuell nicht in Frage, ebenso seien bei einer leichten Tätigkeit die ausgeprägte Fatigue und die Ganzkörper schmerzen ein Problem. Eine leichte Arbeit für zirka eine Stunde pro Tag sei allenfalls vorstellbar (Ziff. 1.7). 3.3

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , und A.\_\_\_\_, MSc, Psychotherapeutin SVG/ASP, nannten mit Bericht vom 24. Juli 2015 (Urk. 5/102/1-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - primäres Sjögren-Syndrom (nach Patientin seit 2008; diagnostiziert Juni 2010) - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, sekundär bei Sjögren-Syndrom (nach Patientin seit 2008) - rezidivierende generalisierte tonische Anfälle (seit Dezember 2010) - psychologische Faktoren und Verhaltensweisen bei oben genannten Krankheiten (ICD-10 F54) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode (ICD-10 F33.1)

Sie behandelten die Beschwerdeführerin seit August 2013. In den vergangenen zwei Jahren hätten insgesamt nur 12 Therapiesitzungen stattgefunden. Allerdings würden häufigere Termine kaum mehr bringen, denn die Beschwerdeführerin finde wenig Distanz zu ihrem Krankheitserleben und beziehe alle ihre Probleme auf ihre somatischen Belastungen (S. 3 Ziff. 1.4). Eine bedeutende Verbesserung des Zustandes sei kaum zu erwarten (S. 4 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausfrau und Mutter (vor 2000 Mitarbeiterin in einer Käserei) seit 2008 und längerfristig zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (Ziff. 1.7). 3.4

Am 29. Februar 2016 erstatteten die Ärzte der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) B.\_\_\_\_ ein Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 5/113/1-35; Teilgutachten Psychiatrie Urk. 5/113/36-54; Teilgutachten Rheumatologie Urk. 5/113 /55-60; Teilgutachten Neurologie Urk. 5/113/63-66). Dabei nannten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29): - chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom (ICD-10 M79.0), mit/bei: - Hinweisen für Symptomausweitung, zentrale Schmerzsensibilisierung, Malcompliance - Dekonditionierung, muskuläre Dysbalance - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) - Fatigue-Syndrom - Eisenmangel - Vitamin-D-Mangel - Dysthymie (ICD-10 F34.1)

Sodann nannten die Gutachter als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein primäres Sjögren-Syndrom (S. 29).

Aus rein neurologischer Sicht gebe es keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Die Versicherte leide seit mindestens sieben Jahren an einem chronischen täglichen Schmerzsyndrom mit Schmerzen gleicher Intensität am ganzen Körper. Aufgrund der Semiologie der Schmerzen und des normalen detaillierten Neurostatus (insbesondere keine Parese, keine Spastizität, kein Rigor und keine Koordinationsstörungen) bestünden zurzeit keine Anhaltspunkte für eine Läsion oder Krankheit des peripheren und/oder des zentralen Nervensystems als mögliche Ätiologie des Schmerzsyndroms. Nach Angaben der Versicherten leide sie an ausgeprägten Einschlafstörungen (sie brauche drei bis vier Stunden um einzuschlafen) und Durchschlafstörungen (sie behaupte, maximal zwei bis drei Stunden pro Nacht zu schlafen und mindestens zwei- bis dreimal während einer Stunde

wach zu liegen). Um zu versuchen, die anamnestisch ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen zu objektivieren, sei die Durchführung einer Aktigraphie während ein bis zwei Wochen zu empfehlen. In den Akten würden „rezidivierende generalisierte tonische Anfälle“ erwähnt. Aufgrund der Anamnese bestünden keine Anhaltspunkte für das Vorliegen von epileptischen Anfällen, insbesondere epileptische tonische Anfälle. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Es besteht der Verdacht einer Aggravation in Bezug auf die Ein- und Durchschlafstörungen. Deshalb sei die Durchführung einer Aktigraphie zu empfehlen. Dies hätte eine Konsequenz auf die Objektivierung des Schmerz - syndroms (S. 23).

Aus rheumatologischer Sicht sei der Explorandin eine körperlich angepasste und leichte Tätigkeit zu maximal 80

% zumutbar. Die Einschränkungen seien durch das ausgeprägte Fatigue- und Müdigkeits-Syndrom sowie die starken skelettalen Beschwerden zu begründen. Die Fatigue-Symptomatik sei allenfalls durch eine Eisen- und Vitamin - D-Substitution verbesserbar. Das Profil einer angepassten Tätigkeit entspreche auch einer Tätigkeit in einer Käserei, wie sie zuletzt bis ins Jahr 2000 wahrgenommen worden sei. Für eine Tätigkeit als Raumpflegerin bestünde keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit, da bei dieser Tätigkeit doch immer wieder schwere Kessel gehoben und Arbeiten in gebückter Stellung erledigt werden müssten. Momentan liege bei der Explorandin ein mildes, insbesondere serologisch nachweisbares primäres Sjögren-Syndrom vor. Seit der Sprunggelenksarthritis im November 2010 hätten zu keinem Zeitpunkt mehr Gelenksentzündungen in Form von Arthritiden nachgewiesen werden können. Als Manifestation des Sjögren-Syndroms gesichert sei eine orale und oculäre Sicca-Symptomatik, insbesondere die orale Sicca-Symptomatik sei stark störend. Unklar seien episodisch auftretende Hautausschläge im Bereich der Beine, diese könnten ein vaskulitisches Korrelat im Zusammenhang mit dem Sjögren-Syndrom sein. Insgesamt handle es sich bei dem Sjögren-Syndrom der Versicherten um eine milde Form, diese sei unter Behandlung mit Plaquenil 400mg adäquat therapiert. Im Weiteren bestünde ein langjähriges, ausgeweitetes Schmerzsyndrom. Begonnen hätten die Beschwerden zirka im Jahre 2008 (S. 24).

Die bis heute ausgeprägte Fatigue-Symptomatik mit erheblicher Erschöpfbarkeit und Müdigkeit sei nicht ganz eindeutig einzuordnen. Eine solche sei bei einer aktiven rheumatologischen Erkrankung, wie sie bei der Explorandin vorliege in Form einer Kollagenose mit Sjögren-Syndrom, durchaus auch zu beobachten. Allerdings sei die Fatigue auch bei einer chronischen Schmerzstörung und/oder bei einer depressiven Entwicklung gehäuft zu beobachten. Ein Zusammenhang mit letzterer Konstellation sei plausibler. Hierfür spreche das fehlende Ansprechen auf die in der Vergangenheit erfolglos durchgeführten medikamentösen Massnahmen wie Glukokortikoid-Therapien sowie das fehlende Vorliegen einer schweren Organmanifestation der Kollagenose. In der Laboruntersuchung seien ein Eisenmangel und eine Hypovitaminose D auffallend. Beide Mangelzustände könnten eine Fatigue-Symptomatik verursachen und könnten einfach medikamentös behoben werden. Ebenfalls auffallend sei die fehlende Nachweisbarkeit von Chloroquin (Wirkstoff des Plaquenils) im Blut, was darauf hindeute, dass die Versicherte das verordnete Medikament nicht einnehme (S. 24).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die vorhandenen Beschwerden seien nicht einfach vollständig mit gutem Willen überwindbar. Andererseits seien Steuerung und Antrieb nicht grundsätzlich aufgehoben, insbesondere sei es der Probandin durchaus

möglich, therapeutische Massnahmen in Anspruch zu nehmen auf den Gebieten Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie. Es sei davon auszugehen, dass unter Inanspruchnahme solcher Massnahmen zumindest eine Arbeitsleistung von 5.5 Stunden pro Tag während einer sechsständigen Präsenzzeit gegeben sei, was einer Arbeitsunfähigkeit von etwa einem Drittel oder 33

% entspreche (S. 25 oben).

Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen bestünden insofern, als die Präsentation durchaus mit depressivem Geschehen vereinbar sei, wenn sie auch durch histrionisches Verhalten überschattet würde. Hinweise fänden sich aber auch in der Aktenanamnese, die sich allerdings auf zwei Fachberichte beschränke. Beide Male tauche die Annahme einer rezidivierenden depressiven Störung auf (ICD-10 F33.1). Eine depressive Symptomatik sei zwar erkennbar, könne aber nicht mit Sicherheit einer depressiven Episode oder rezidivierenden depressiven Episoden zugeordnet werden, dies sei einerseits bedingt durch die Überdeckung des Befundes durch theatralisches Verhalten und weitere Diskrepanzen, andererseits aber auch durch eine eher atypische Symptomatik, nämlich viel beschriebener Wut. Auch die Probandin selbst berichte

davon, dass sie gelegentlich in den Wald ginge, um Wut raus zu schreien. Untypisch für ein depressives Geschehen sei auch diese äusserst negative Prognose der Behandlerin, die berichte, dass die Probandin in den letzten zwei Jahren nur sechsmal pro Jahr gekommen sei, aber auch nicht mehr gebracht habe. Angesichts des Verlaufs sei hier von einem chronischen Verlauf auszugehen, wie er im Konzept der Dysthymie beschrieben wird, wobei es durchaus möglich sei, dass depressive Episoden vorausgegangen seien. Gegenwärtig scheine das Bild aber geprägt zu sein von anhaltender chronischer Depressivität, Wut, dem Erleben von Ungerechtigkeit sowie dem Leiden unter Schmerzen und körperlichen Erkrankungen. Zusammenfassend werde eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) diagnostiziert, im Sinne einer chronischen jahrelang andauernden depressiven Verstimmung zusammen mit anderen unten aufgeführten Störungsbildern, nicht aber das Bild von depressiven Episoden mit klarem Beginn und klarem Ende, mit etwa Morgen tief oder anderer typischer Symptomatik. Diese diagnostische Einschätzung werde auch unterstützt von der scheinbaren Therapieresistenz (S. 25).

Bereits früher

werde auf das wahrscheinliche Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen hingewiesen (ICD-10

F45.41). Dieser Einschätzung werde gefolgt, es bestünden aber noch weitere Hinweise auf ein somatoformes Geschehen, etwa das Vermeiden psychiatrischer Hilfen, etwa die hohe Arztbesuchsfrequenz („dafür keine Zeit für Psychotherapie“), etwa die Bedeutungszumessung bezüglich des Sjögren-Syndroms. Die Beschwerdemuster würden mit affektgeladener Wortwahl präsentiert, das Krankheitserlebnis sei dysfunktional typisch somatoform, das Patientenverhalten regressiv, eine prädisponierende

Persönlichkeitsstruktur liege vielleicht vor angesichts früherer psychiatrischer Aufenthalte oder unspezifischen Angaben wie Panikattacken und Essstörungen (S. 25 f.).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, es bestehe eine 66%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten und leichten Tätigkeit. Dieses Profil entspreche der Tätigkeit in der Käserei, wie sie die Versicherte zuletzt im Jahre 2000

wahrgenommen gehabt habe . Für eine Tätigkeit als Raumpflegerin besteht keine verwertbare Arbeitsfähigkeit, da bei dieser Tätigkeit immer wieder Lasten gehoben und Arbeiten in gebückter oder kniender Stellung ausgeführt werden müssten. Die Einschränkungen seien durch das ausgeprägte Fatigue- und Müdigkeits-Syndrom und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bedingt. Eine solchermaßen reduzierte Arbeitsfähigkeit besteht gemäss den Akten seit Januar 2011. Die angepasste leichte Tätigkeit ohne Lastenheben und ohne Arbeiten in gebückter/

kniender Stellung sollte gut strukturiert, ohne besondere Anforderungen an die Konzentration, ohne Druck von Kundenkontakt und ohne besonderen Stress auszuführen sein. Dabei sei zu beachten, dass die Versicherte seit 15 Jahren nicht gearbeitet habe, sich nicht in adäquater Behandlung befinde, kein klares Motivationssystem erkennbar sei und Anreize kaum sichtbar seien. Es gelte deshalb, die therapeutischen Möglichkeiten auszunützen und es erscheine sinnvoll, einen vollstationären Aufenthalt anzustreben, um eine Kurskorrektur in diesem chronifizierten Verlauf zu erzielen, um die Versicherte von der habituellen Krankheitsrolle zu befreien und in tagesklinische Massnahmen weiter zu leiten. Die Diskrepanz bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt zwischen dem Gutachten vom 15. August 2012 (60

%) und der Haushaltabklärung vom 14. August 2013 (69

%) sei damit zu erklären, dass die ärztliche Beurteilung auf einem „durchschnittlichen“ Haushalt beruht habe und sich die Haushaltabklärung an den spezifischen Verhältnissen bei der Versicherten orientiert habe. Da sie den Haushalt der Versicherten nicht kennen würden, seien sie nicht kompetent, dazu eine Beurteilung abzugeben (S. 32 f.) . 3.5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 21. März 2016 (Urk. 5/123/4) aus, das Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar und in seinen Feststellungen plausibel. Es könne darauf abgestützt werden. 3.6

Die zuständige Abklärerin führte am 16. November 2016 bei der Beschwerdeführerin zu Hause eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle durch, qualifizierte sie als zu 100 % im Haushalt tätig und ermittelte eine Einschränkung im Haushaltbereich von 29.50 % (Urk. 5/122). Die Angaben der Beschwerdeführerin seien gegenüber dem Vorbericht unterschiedlich. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass es ihr seit 2014 ein bisschen schlechter gehe, die Schlafstörungen zugenommen hätte und sie in den einzelnen Bereichen des Haushaltes langsamer sei, vermehrte Pausen benötige, weniger aktiv sei. Aus den medizinischen Unterlagen sei keine Verschlechterung ersichtlich. Die Diskrepanz zwischen der medizinisch theoretischen Einschränkung im Haushalt und der Einschätzung des Abklärungsdienstes ergebe sich daher, dass die Abklärungsperson vor Ort die individuellen familiären Verhältnisse aufnehme und die Einschränkung im Haushalt unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht und Mitwirkungspflicht der einzelnen Familienmitglieder festlege (S. 10 f. Ziff. 9). 3.7

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nahm mit Schreiben vom 12. Juni 2017 (Urk. 5/130) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin zum Medas-Gutachten von Februar 2016 Stellung und führte aus, im Gegensatz zu diesem sei das primäre Sjögren-Syndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu nennen. Dies insbesondere, da sich in den Konsultationen bei ihm eine Krankheitsaktivität mit Nachweis einer Handgelenksarthritis habe dokumentieren

lassen. Intermittierend kommt es auch zu einer kutanen Aktivität (im Rahmen einer Kleingefäßvaskulitis). Es sei bekannt, dass eine ausgeprägte, teils invalidisierende Fatigue oft mit Kollagenosen assoziiert sei und sich therapeutisch nur schwer und unbefriedigend therapieren lasse. Aus den anamnestic Angaben hätten die Hautveränderungen zugenommen (häufiger und intensiver). Ebenfalls sei eine belastungsabhängige Atemnot progredient, wobei hierfür nicht das Sjögren-Syndrom verantwortlich zu machen sei (Eisenmangelanämie, Dekonditionierung). Ansonsten besteht bezüglich den multiplen Symptomen soweit beurteilbar keine wesentliche Dynamik. Aufgrund der Arthritis sei ein Therapieausbau durchgeführt worden (Beginn Glukokortikoidtherapie und auch Methotrexat), wobei ihm hier der weitere Verlauf nicht bekannt sei. Ergänzend sei hier erwähnt, dass im Falle einer ungenügend kontrollierten Arthritis seines Erachtens eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. 4.

#### 4.1

Das Medas- Gutachten erging unter Beizug eines Dolmetschers und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die geklagten Beschwerden wurden gebührend abgeklärt; die Akten fanden Berücksichtigung und die Schlussfolgerungen der Experten wurden schlüssig begründet. Die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.4) wurden erfüllt, weshalb grundsätzlich auf das Gutachten abgestellt werden kann. Dies empfahl auch RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5). Mit der Medas-Begutachtung wurde zudem erstmals eine Gesamterhebung und -beurteilung sämtlicher Beeinträchtigungen der Beschwerdeführer in vorgenommen, was den Beweiswert des Gutachtens deutlich erhöht. 4.2

Aus neurologischer Sicht diagnostizierte der neurologische Gutachter ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom, hielt aber fest, es gebe keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Der rheumatologische Gutachter nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Ganzkörper schmerz syndrom, ein Fatigue-Syndrom, einen Eisenmangel sowie Vitamin-D-Mangel. Aufgrund der Einschränkungen durch das ausgeprägte Fatigue- und Müdigkeits-Syndrom sowie die starken skelettalen Beschwerden erachtete er die Beschwerdeführerin als zu maximal 80 % arbeitsfähig in einer körperlich angepassten und leichten Tätigkeit. Für eine Tätigkeit als Raumpflegerin beurteilte er sie nicht als arbeitsfähig. In psychischer Hinsicht diagnostizierte der psychiatrische Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) und eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), beides mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass in der ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, da dabei Lasten gehoben und Arbeiten in gebückter und kniender Stellung ausgeführt werden müssten. Eine körperlich angepasste und leichte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin hingegen seit Januar 2011 zu 66 % zumutbar. Dabei seien die Einschränkungen durch das ausgeprägte Fatigue- und Müdigkeitssyndrom sowie die chronische Schmerzstörung bedingt. Zumutbar seien Tätigkeiten ohne Lastenheben und ohne Arbeiten in gebückter und kniender Stellung, die gut strukturiert, keine besonderen Konzentrationsanforderungen, keinen Kundenkontakt und keinen besonderen Stress beinhalteten (vgl. vorstehend E. 3.4). Da die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung der Gutachter auf psychosomatische Leiden zurückzuführen ist, ist eine genauere Prüfung der funktionellen Auswirkung der dadurch verursachten Beschwerden vorzunehmen, wozu die Gutachter ebenfalls Stellung nahmen (vgl. S. 26 ff. des

### Gutachtens). 4.3

Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen gehört zu den Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden .

G emäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter ent wickelten Rechtsprechung vermochten solche psychosomatische Leiden ( BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 ) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die ver sicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1 ). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung auf gegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tat sächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beur teilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhan de - nen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinwei sen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindika toren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahr schein lichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesund heitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

### 4.4

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden soma toformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) beziehungsweise laut neuster bundesgericht licher Rechtsprechung bei sämtlichen psychischen Leiden (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehenes Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt syste matisiert 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 Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) 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).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabebereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. 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 begründet 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). 4.5

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist festzuhalten, dass das Fatigue- und Müdigkeitssyndrom bei Eisenmangel und Vitamin-D-Mangel zwar ausgeprägt, jedoch die Fatigue-Symptomatik durch eine Eisen- und Vitamin-D-Substitution verbesserbar ist. Zudem sind starke skelettale Beschwerden vorhanden, welche als chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom diagnostiziert wurden. Das diagnostizierte Sjögren-Syndrom ist leicht und ihm kommt keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (vorstehend E. 3.4). Zudem besteht eine Dysthymie. Diese ist von eher leichter Ausprägung, da es in den letzten 15 Jahren nie zu stationären Aufenthalten gekommen ist und auch in den Akten keine Hinweise auf Suizidversuche, Komplikationen oder kurzfristige stationäre

Aufnahmen zu finden sind (Urk. 5/113/26 unten). Die Beschwerdeführerin hat in den letzten zwei Jahren insgesamt nur 12 Psychotherapiesitzungen wahrgenommen, also sechs Sitzungen pro Jahr (vorstehend E. 3.3; Urk. 5/113/29-30).

Die das Beschwerdebild ebenfalls mitprägenden psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, sind als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Belastungsfaktoren wie Migrationshintergrund, eine fehlende Ausbildung oder der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin seit 15 Jahren nicht mehr in einem Anstellungsverhältnis befindet (vgl. Urk. 5/113/27), sind IV-fremd und müssen bei der Beurteilung ausgeklammert werden. 4.6

Zu den komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin trotz gewissen sozialen Rückzugstendenzen über Ressourcen verfügt. So verfügt sie über ein intaktes Familienleben. Sie lebt mit ihrem Ehemann und zwei Kindern (Jahrgänge 2000 und 2004) zusammen. Die Beschwerdeführerin hat häufige soziale Kontakte. So kommt ihre Mutter, zum Teil zusammen mit ihrem Vater, fast täglich vorbei und bereitet das Mittagessen vor. Auch das Abendessen wird durch die Mutter der Beschwerdeführerin zubereitet. Ihr Bruder hilft ihr einmal pro Woche beim grösseren Einkauf. Nachmittags geht sie jeweils eine Stunde spazieren, weitere Tätigkeiten nannte sie nicht (Urk. 5/113/18-19). 4.7

Zu prüfen ist sodann die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist zu bemerken, dass dem psychiatrischen Gutachter aufgefallen ist, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, nicht einmal die Haare der Tochter flechten oder kämmen zu können, aber ersichtlich sei, dass sich die Beschwerdeführerin selber sehr gut pflegen könne. Immer wieder hätten wechselhafte und unpräzise ausweichende Schilderungen der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes dominiert (Urk. 5/113/31).

Bezüglich Leidensdruck ist festzustellen, dass Chloroquin im Blut nicht nachgewiesen werden konnte, was darauf hindeutet, dass die Beschwerdeführerin das verordnete Medikament nicht einnimmt. Zudem bestehen eine ausgeprägte Dekonditionierung und muskuläre Dysbalancen, welche durch gezieltes physisches Training verbessert werden könnten. Des Weiteren ist das Therapieregime insofern unzureichend, als therapeutische Elemente fehlen, etwa eine ambitioniertere Pharmakotherapie, etwa der Einsatz von Soziotherapie, etwa der Einsatz von teilstationären oder gar stationären Massnahmen. Die Beschwerdeführerin hat in den letzten zwei Jahren insgesamt nur 12 Psychotherapiesitzungen wahrgenommen, also sechs Sitzungen pro Jahr (Urk. 5/113/29-30). Die therapeutischen Möglichkeiten sind somit nicht ausgeschöpft.

Zudem muss aus rheumatologischer Sicht davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Symptomausweitung mit einer ausgeprägten Selbstlimitierung besteht (Urk. 5/113/26-27). So bestanden bei der Untersuchung der Beweglichkeit der Wirbelsäule, bei der die Beschwerdeführerin willentlich gegen die passiv ausgeführte Bewegungsrichtung anspannte, Diskrepanzen. Auffällig war auch, dass der Finger-Boden-Abstand bei den Untersuchungen durch den Rheumatologen respektive den Hauptgutachter um 40cm differierte (Urk. 5/113/31). Zu erwähnen ist aus psychiatrischer Sicht das dysfunktionale Krankheitserleben der Beschwerdeführerin (Urk. 5/113/31). Zudem erwähnte der

psychiatrische Gutachter eine Überdeckung des Befundes der depressiven Symptomatik durch theatralisches Verhalten und weitere Diskrepanzen (vorstehend E. 3.4). Der neurologische Gutachter hielt bezüglich Ein- und Durchschlafstörungen einen Verdacht auf Aggravation fest (vorstehend E. 3.4). So gab die Beschwerdeführerin an, maximal zwei bis drei Stunden pro Nacht schlafen zu können und meist drei bis vier Stunden zu benötigen, um überhaupt einzuschlafen. Allerdings sei keinem Gutachter eine ausgeprägte Müdigkeit oder Hinweise darauf aufgefallen (Urk. 5/113/31). 4.8

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die diagnoserelevanten Befunde nicht besonders ausgeprägt sind und es insbesondere an der Konsistenz fehlt (vgl. vorstehend E. 4.7): Es wurden erhebliche Diskrepanzen festgestellt und hinsichtlich der Müdigkeit gar Aggravation vermutet. Auch ist nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente, allen voran zu Behandlung des Sjögren-Syndroms, nicht einnimmt und auch keine Eisen- und Vitamin D-Substitution veranlasst. Vielmehr findet überhaupt keine adäquate Behandlung der somatischen und psychischen Beschwerden statt, obwohl eine solche zumutbar wäre. Die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 66 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ist somit aufgrund der Prüfung der Standardindikatoren nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. vorstehend E. 4.3). Was die somatisch begründete Diagnose der Dekonditionierung und muskulären Dysbalance angeht, ist auch diese behandelbar und nicht geeignet, eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zu verursachen. Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben, da gemäss Gutachter die Arbeitsunfähigkeit ausdrücklich auf die wie dargelegt nicht invalidisierenden psychosomatischen und psychischen Beschwerden zurückzuführen ist. Damit ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht von voller Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit auszugehen. 4.9

An diesem Resultat ändert sich aufgrund des - von der Beschwerdegegnerin berücksichtigten (vgl. Urk. 5/136/3-4) - Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) nichts, denn aus diesem geht eine konkrete Verschlechterung nicht hervor. So geht Dr. D.\_\_\_\_ nur im Falle einer ungenügend kontrollierten Arthritis von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Er äusserte sich in allgemeiner Weise zu den Auswirkungen des Sjögren-Syndroms, ohne eine konkrete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Weiter führt er aus, der weitere Verlauf sei ihm nicht bekannt. Schliesslich enthält der Bericht keine Befunde.

Auch aus dem Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ und der behandelnden Psychotherapeutin (vorstehend E. 3.3) kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. So ist nicht nachvollziehbar, dass die Fachpersonen nach nur 12 Therapiesitzungen innerhalb von zwei Jahren zum Schluss kommen, eine bedeutende Verbesserung des Zustandes sei kaum zu erwarten und die Beschwerdeführerin sei seit 2008 vollständig und längerfristig arbeitsunfähig. Dies, ob schon die therapeutischen Möglichkeiten, wie erwähnt (vorstehend E. 4.5) nicht ausgeschöpft sind.

Auf den Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ von Juni 2015 (vorstehend E. 3.2) kann vorliegend ebenfalls nicht abgestellt werden, begründeten sie doch die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nur wenig.

Im Übrigen gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). 5.

#### 5.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation (vorstehend E. 1.3) gehen die Parteien übereinstimmend davon aus, dass die Beschwerdeführerin als zu 70 % Erwerbstätige und zu 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren sei. Gestützt auf die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der veränderten wirtschaftlichen Situation der Familie seit August 2011 (Schuleintritt der Tochter) wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen müsste (vgl. Urk. 2 S. 2, Urk. 5/136/3), ist die Beschwerdeführerin mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als zu 70 % Erwerbstätige und zu 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. 5.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, hinsichtlich der Einschränkung im Haushalt könne nicht auf den Haushaltabklärungsbericht vom 31. Januar 2017 (vorstehend E. 3.6) abgestellt werden (vorstehend E. 2.2).

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der

versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E).

### **E. 2.3.2**

[in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C\_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C\_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2, je mit Hinweisen). 5.3

Vorliegend trifft nicht zu, dass die Beschwerdeführerin unglauwbürdige Angaben, welche im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen, gemacht hat. Somit bedarf es keiner ärztlichen Fachperson, die sich zur Haushaltsführung äussert. Vielmehr wurden die Anforderungen an den Beweiswert eines Haushaltsabklärungsberichts erfüllt und entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 8) kommt ihm vollen Beweiswert zu. 5.4

Nach dem Gesagten ist daher vollumfänglich auf den beweiskräftigen Haushaltsabklärungsbericht abzustellen. Eine erneute Abklärung ist nicht angezeigt. Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 30 %.

Das Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (Nr.

7186/09) steht der vorliegenden Anwendung der gemischten Methode nicht entgegen (vgl. Revisionsurteil des Bundesgerichts 9F\_8/2016 vom 20. Dezember 2016 E. 4.1-4.4 und IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 31. Oktober 2016). 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen. Da die Beschwerdeführerin – wie zuvor ausgeführt (vorstehend E. 5) – als zu 70 % Erwerbstätige und zu 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist, gelangt die gemischte Methode nach Art. 28a Abs. 3 IVG zur Anwendung.

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der IVV vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) in Art. 27 bis Absatz 2 – 4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat ( vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen ).

Die angefochtene Verfügung ist am 17. Oktober 2017 und somit vor dem Inkraft treten der Verwaltungsänderung am 1. Januar 2018 ergangen, weshalb die revidierten Bestimmungen noch nicht zur Anwendung gelangen. Nachfolgend wird daher auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen.

Dabei wird bei nur teilweise erwerbstätigen Versicherten die Invalidität für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addition der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (Art. 28a Abs. 3 IVG; BGE 130 V 393 E.

3.3) .

### **E. 6.2**

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % und einem Erwerbsanteil vom 70 % ergibt sich im Erwerbsbereich ein Invaliditätsgrad von 0 %. Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 30 % (vorstehend E. 5.4), was bei einer Gewichtung von 30 % einem Teilinvaliditätsgrad von 9 % (  $30\% \times 0.3$  ) entspricht.

Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und im Haushaltsbereich resultiert schliesslich ein nicht rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von 9 % (vorstehend E. 1.2). Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin demzufolge zu Recht .

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

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - 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 Mosimann Keller

## **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).

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