

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00065 vom 4. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00065

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00065 du 4 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00065 del 4 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, meldete sich am 6. Juli 2017

bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine chronische Angststörung, chronische Schmerzen, ein panvertebrales Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia

humeroscapularis beidseits, eine Schlafapnoe und Beckenbodenprobleme zum Leistungsbezug an (Urk. 5/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und teilte der Versicherten am 21. Dezember 2017 mit, es seien zurzeit aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 5/18). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/21-22) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Mai 2018 (Urk. 5/23 = Urk. 5/24) einen Rentenanspruch.

Mit Eingabe vom 25. Mai 2018 (Urk. 5/25) ersuchte die Versicherte um Wiedererwägung der Verfügung vom 4. Mai 2018 (vgl. Urk. 5/23 = Urk. 5/24) und um eine Neuevaluation ihres Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung. Mit Verfügung vom 16. Juli 2018 (Urk. 5/27) hob die IV-Stelle die Verfügung vom 4. Mai 2018 (vgl. Urk. 5/23 = Urk. 5/24) wiedererwägungsweise auf. Nach weiteren Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/39; Urk. 5/41; Urk. 5/45) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Januar 2020 (Urk. 5/62 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

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 verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

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 145 V 215 E. 5.1, 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V. 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 1.5

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen 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 (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts

8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

E. 1.6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.7

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

E. 2

Die Versicherte erhob am 28. Januar 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Januar 2020 (Urk. 2) und beantragte, ihr sei mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese sie einer Begutachtung mit strukturierter Abklärung ihrer Ressourcen unterziehe und hernach über ihren Rentenanspruch neu entscheide (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2020 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 10. März 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, dass sich die Beschwerdeführerin trotz der von ihr geltend gemachten psychischen Symptomatik bis heute in keine fachärztliche psychiatrische Behandlung begeben habe. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin lediglich einmal monatlich in psychologischer Behandlung. Deshalb bestünden keine gesundheitlichen Einschränkungen, die rentenbegründend seien. Seit dem Jahr 2010 sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Verpackerin zu 100 % arbeitsunfähig, eine leichte Hilfsarbeitstätigkeit sei ihr jedoch seit Ablauf des Wartejahrs voll zumutbar. Nach

Durchführung eines Einkommensvergleichs resultiere ein Invaliditätsgrad von 10 %, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe. Der Beschwerdeführerin werde empfohlen, eine intensive multimodale Behandlung mit Psycho-/Physio- und Ergotherapie durchzuführen, um so einen besserungsfähigen Gesundheitszustand zu erreichen (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) zusammengefasst geltend, dass sie gestützt auf die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte keine Erwerbstätigkeit mehr ausüben könne und darum Anspruch auf eine ganze Rente habe. Die chronifizierte Schmerzstörung habe gravierende funktionelle Einschränkungen. Ihr Aktivitätsniveau entspreche einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, da es keinen Bereich gebe, in welchem sie noch Aktivitäten ausübe (S. 8 Ziff. 31-33). Genügte die bisher eingeholten Akten nicht, sei der Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Insbesondere sei nicht abgeklärt, ob sie genügend Ressourcen habe, um sich aus ihrer chronifizierten Schmerzstörung zu befreien (S. 5 ff. Rz 12 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere ihre Arbeitsfähigkeit. 3. 3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals Y.____, Klinik für Rheumatologie, nannten in ihrem Bericht vom 13. November 2017 (Urk. 5/13/7-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41), depressive Episode mittelgradig (ICD-10 F32.1), Differentialdiagnose: Fibromyalgie (Erstdiagnose 2016) - panvertebrales Schmerzsyndrom zervikolumbal betont - Periarthropathia

humeroscapularis beidseits (rechts > links)

In der aktuellen Tätigkeit als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt bzw. bestehe keine wesentlich verminderte Leistungsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungsangestellte bzw. Angestellte auf der Verpackungslinie sei sie zu 100 % arbeitsfähig. Theoretisch wäre die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ab sofort zu 100 % arbeitsfähig (Ziff. 1.7). Durch medizinische Massnahmen, namentlich eine erfolgreiche Schmerzreduktion und anschliessende körperlich rekonditionierende Physiotherapie, wäre eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich (Ziff. 1.8). 3.2

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 17. Dezember 2017 (Urk. 5/15) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit Mai 2017 wöchentlich

behandele (Ziff. 1.2, Ziff. 1.5), und nannte folgende

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) seit 2009 mit/bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), seit zirka 2013 - generalisierter Angststörung (ICD-10 F41.1) seit zirka 2015 - panvertebrales Schmerzsyndrom bei

Fehlstellung der Wirbelsäule - chronische n muskuläre n und segmentale n Halswirbelsäule n (HWS)-Brustwirbelsäule n (BWS)-Beschwerden - Periarthropathia

humeroscapularis beidseits (rechts > links) seit vielen Jahren - Gonarthrose links - Senk-Spreizfüsse beidseits - chronische n

Cephalgien - Vitamin D-Mangel - Eisenmangelsyndrom - spezifische Phobie (ICD-10 F40.2) - Flugphobie seit 2007 - metabolisches Syndrom mit

Diabetes mellitus Typ II, arterielle r Hyper tonie, Dyslipidämie , Adipositas - unklar erhöhte Blutkörperchensenkungsreaktion (BSR) sowie leichte Leukozytose und Thrombozytose (Erstdiagnose März 2016) - chronische Obstipation - chronische epigastrische Beschwerden

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin bestehe seit 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Ziff. 1.6). Es liege eine stark reduzierte körperliche , geistige und psychische Leistungsfähigkeit sowie Belastungsfähigkeit vor. Die Beschwerdeführerin könne maximal fünf Minuten stehen, maximal zehn Minuten gehen, maximal 25 Minuten sitzen, könne keine Lasten tragen, könne sich nicht bücken bzw. kauern, sei rasch erschöpft, leide an Konzentrationsmangel und stark reduzierter Anpassungsfähigkeit. Es liege für jegliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (Ziff. 1.7). 3.3

Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 27. Juli 2018 (Urk. 5/30/2-6) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit September 2017 hausärztlich behandle (Ziff. 1.1) , und nannte dabei eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen und einen massiven chronifizierten panvertebralen Beschwerdekomples als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5). Die Beschwerdeführerin habe bis zirka 2009 in einer Druckerei Material verpackt in einem 100%-Pensum, derzeit sei sie nicht erwerbstätig (Ziff. 3.1). Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar, auch eine andere

körperliche Tätigkeit sei ihr nicht zumutbar (Ziff. 4.1, Ziff. 4.2). 3.4

Dr. Z.____ führte in ihrem Verlaufsbericht vom 29. September 2018 (Urk. 5/34/4-6) aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

in Bezug auf die seit 2009 bestehende chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) stationär sei. Die rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4) und die generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) seien aktuell remittiert .

Ein massiver chronifizierter panvertebraler Beschwerdekomples liege vor (Ziff. 1.2). Es fänden weiterhin wöchentliche Einzelgespräche statt (Ziff. 3.1). Aufgrund der ausgeprägten Einschränkung im Alltag sei die Beschwerdeführerin auf starke familiäre Unterstützung angewiesen. Sie könne weder kochen, noch einkaufen , noch den Haushalt verrichten. All diese Aufgaben würden von ihren erwachsenen Kindern und Schwiegertöchtern , die im gemeinsamen Haushalt leben würden, übernommen (S. 1 oben) . Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin sowie für eine angepasste Tätigkeit liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (Ziff. 2.1). 3.5

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2018 (Urk. 5/38/5-6) aus, dass ein panvertebrales Schmerzsyndrom cervikolumbal betont, differentialdiagnostisch eine Fibromyalgie, mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. In der bisherigen Tätigkeit als Verpackerin liege seit 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres vor. In einer angepassten, leichten Tätigkeit in Wechselselbstbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 kg, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhalteposition, ohne Überkopparbeiten und ohne Verharren in Zwangshaltungen, bestehe medizinisch theoretisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 3.6

Die Ärzte der Klinik C.____ berichteten in ihrem Austrittsbericht vom 4. Januar 2019 (Urk. 5/36/1-6 = Urk. 5/51/4-9) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik vom 6. November bis 12. Dezember 2018 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) seit 2009 - anhaltende psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z73) - metabolisches Syndrom - chronische epigastrische Beschwerden und Obstipation - Vitamin D-Mangel, substituiert - rezidivierende depressive Störung seit zirka 2013, aktuell remittiert - generalisierte Angststörung seit zirka 2015, aktuell remittiert

Die Beschwerdeführerin sei bei chronischer Schmerzstörung mit ausgeprägten Bewegungs- und Mobilitätseinschränkungen mit gravierender Dekonditionierung zugewiesen worden. Am ehesten aufgrund der massiven Dekonditionierung

sei sie

anfangs kaum mobil gewesen und wenn, habe sie immer sehr starke Schmerzen angegeben. Eine Parkinson-Symptomatik sei bereits vor dem Klinikaufenthalt ausgeschlossen worden und im erneuten neurologischen Konsil habe sich kein Hinweis auf eine Radikulopathie gefunden. Auch ein akutes rheumatisches Geschehen habe ausgeschlossen werden können. Nachdem die Beschwerdeführerin

angehalten worden sei, am Rollator zu gehen, habe sie ihre Mobilität nach und nach mit Hilfe der Physiotherapie steigern können und die Schmerzen seien mehr in den Hintergrund getreten (S. 3 Mitte). Mit der Abgabe des Rollators habe sich ihr körperlicher und psychischer Zustand deutlich verbessert. Zudem sei

versucht worden, die Beschwerdeführerin für ein psychosomatisches Krankheitskonzept zu sensibilisieren. Obwohl sich ihre körperliche Befindlichkeit verbessert habe und sie gegen Ende des Aufenthaltes gewisse Schwankungen der Schmerzintensität in Kombination mit den Therapien habe benennen können, habe sie Mühe gehabt, sich auf die Konzepte einzulassen. Die Beschwerdeführerin sei einer Umsetzung skeptisch gegenübergestanden. Ihr Blickwinkel habe stark auf die somatische Dysfunktionalität abgezielt, wobei der subjektiv empfundene Handlungsspielraum klein geblieben sei (S. 4 oben). Die Beschwerdeführerin werde in psychisch und physisch leicht stabilerem Zustand entlassen. Für die weitere Stabilisierung werde der Beschwerdeführerin die Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung wärmstens empfohlen (S. 4 Mitte).

Die involvierten Ärzte empfahlen die Weiterführung des Beckenbodentrainings unter physiotherapeutischer Anleitung, gegebenenfalls auch Pilates zur weiteren Aktivierung der autochtonen Muskulatur, ferner ein Mobilitätstraining und das Aufrechterhalten der Tagesstruktur sowie die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie. Ausserdem habe die Evaluation des Beschwerdebildes im von ihnen durchgeführten neurologischen Konsil (vgl. S. 6 unten) die Wichtigkeit der Mobilisierung und muskulären Aktivierung bestärkt (S. 4 unten). Schliesslich stellten die Ärzte der Klinik C.____ der Beschwerdeführerin eine

Arbeitsunfähigkeit bis am 31. Dezember 2018 aus (S. 5 oben). 3.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 19. Februar 2019 (Urk. 5/51/17-18) ein chronisches Schmerzsyndrom und ein subakutes Karpaltunnelsyndrom beidseits als Diagnosen (S. 1 Mitte). Er führte aus, dass die klinische Untersuchung den Verdacht auf das Vorliegen eines linksseitigen S1-Syndroms nahe gelegt habe. Neben dem positiven Lasègue-Zeichen habe

auch die Anamnese mit dem Wegsacken des betroffenen Beines als Hinweis für eine passagere, bewegungsinduzierte Parese der Kniebeuger vorgelegen, zu mal mit dem vorbestehenden Wirbelgleiten auf betroffener Ebene ein möglicher Auslöser vorliege. Mit der Frage nach iktaler Komponente sei eine Elektroenzephalographie (EEG) initiiert worden, wobei sich keine iktale Aktivität gezeigt habe. In der MRT-Untersuchung der LWS habe sich kein pathomorphologisches Korrelat gezeigt, sodass weiter kranial nach Ursachen gesucht worden sei. MRT-Untersuchungen des Kopfes, der HWS und der BWS hätten keinen weiterführenden Befund ergeben. Bei weiterhin vorliegendem Schmerz entlang des gesamten Rückens sowie der wiederkehrenden Beinparese links sei an eine etwaige entzündliche Genese des Nervensystems denkend eine Liquoranalyse durchgeführt worden, wobei sich kein weiterführender Befund gezeigt habe, sämtliche Parameter seien normwertig gewesen. Des Weiteren sei die SEP-Tibialis gemessen worden, wobei sich im Seitenvergleich eine linksseitige Latenzverzögerung ohne weiterführende diagnostische Relevanz gezeigt habe. Ferner klagte die Beschwerdeführerin über Druckschmerzen im Bereich der Arme mit nächtlicher Betonung. Die initiierte Elektroneurographie habe ein beidseitiges subakutes Karpaltunnelsyndrom gezeigt, ein Sulcus-nervi

ulnaris Syndrom sei elektroneurographisch nicht erfassbar. Insgesamt zeige sich somit für die Zuweisungsbeschwerden mit rezidivierendem Wegsacken des linksseitigen Beines kein pathologisches Korrelat. Sichtbar sei ein ausgeprägtes chronisches Schmerzsyndrom, welches ätiologisch durch die Apparativdiagnostik nicht näher zuzuordnen sei (S. 1 f.). 3.8

Dr. A.____ berichtete am 30. August 2019 (Urk. 5/49) von einem stationären Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (Ziff. 1.1). Die bisherige Tätigkeit als Verpackerin sei ihr nicht mehr möglich. Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit führte sie aus, dass die Beschwerdeführerin körperliche Arbeiten schlecht toleriere (Ziff. 2.1). Es liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Ziff. 2.2). 3.9

In ihrem Verlaufsbericht vom 30. September 2019 (Urk. 5/51/1-3) führte Dr. Z.____ aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe (Ziff. 1.1).

Sie diagnostizierte erneut die seit 2009 bestehende chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit massiv chronifiziertem multipanvertebralem Beschwerdekomples mit fibromyalgieforter Beteiligung bei massivster oberflächlicher Berührungsempfindlichkeit.

Es liege in Bezug auf die seit 2013 bestehende rezidivierende depressive Störung gegenwärtig eine mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F33.10) vor. Die generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sei nach wie vor remittiert (Ziff. 1.2).

Die Beschwerdeführerin sei einmal im Monat bei ihr in Behandlung (Ziff. 3.1).

Die Beschwerdeführerin sei schwerkrank mit massiv chronifiziertem multipanvertebralem

fibromyalgieformen Beschwerdekomples mit massiver Bewegungs- und Mobilitätseinschränkung und konsekutiver generalisierter muskulärer Dekonditio nie rung (Ziff. 1.3). Es sei zur psychischen Dekompensation mit einer mittel gradigen depressiven Episode gekommen, nach dem die neurologischen Abklä rungen bei Dr. D.____ die Stürze der Beschwerdeführerin nicht hätten erklären könn en (vgl. vorstehend E. 3. 7) , sowie aufgrund des ablehnenden IV-Vorbe scheidts (Ziff. 1.3, Ziff. 4.4). Es liege eine eindeutige Indikation zum Rentenbezug vor (Ziff. 4.4). Die Beschwerdeführerin sei in jeder beruflichen Tätigkeit nicht belastbar, es liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Ziff. 2). 3.10

Dr. med. E.____ , Facharzt für Neurochirurgie, berichtete am 9. Oktober 2019 über die am 7. Oktober 2019 durchgeführte Untersuchung (Urk. 5/52 = Urk. 5/54) und nannte ein chronifiziertes systemisches Schmerz syn drom somatogener und vor allem psychogener Genese als Diagnose (S. 1 Mitte). Klinisch äussere sich dies in einer schmerzhaften Überreaktion bei leichtester Berührung. Sensible Ausfälle liessen sich nicht nachweisen, die Beurteilung der groben Kraft sei aufgrund des schmerzbedingten Nachlassens nicht möglich. Aufgrund der Gesamtsituation nehme er Abstand von einer operativen Versor gung der Beschwerdeführerin. Eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht gegeben, eine Reintegration nach einer siebenjährigen Arbeitsunfähigkeit sei zum Scheitern verurteilt. Daher sollte ihr eine ganze Rente zugestanden werden, bei Zweifeln empfehle er eine multidisziplinäre Begutachtung, auch im Hinblick auf eine Existenzsicherung der Beschwerdeführerin (S. 2). 3.11

Der RAD-Arzt Dr. B.____

führte in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2019 (Urk. 5/60/5) aus, dass anhand des Berichts von Dr. Z.____ vom 30. September 2019 (vgl. vorstehend E. 3.

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. 9

) eine schwere psychiatrische Erkrankung postuliert werde . Diesbezüglich merkte er an, dass die Diagnosen der Berichte von Dr. Z.____ vom 29. September 2018 (vgl. vorstehend E. 3.4) und vom 30. September 2019 (vgl. vorstehend E. 3.9) aus versicherungsmedizinischer Sicht unverändert seien und dass trotz der erneut postulierten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes keine Anpassung der pharmakologischen Behandlung stattgefunden habe. Auch habe trotz der erneut postulierten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands die Frequenz der Behandlungen von wöchentlich auf monatlich reduziert werden können. Ferner könne dem Austrittsbericht der Ärzte der Klinik C.____ vom 4. Januar 2019 (vgl. vorstehend E. 3.6) entnommen

werden, dass die Ursache der Verschlechterung in einer Dekonditionierung der Beschwerdeführerin liege, die durch Bewegungstherapie gebessert werden könne. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde daher empfohlen, von einem besserungsfähigen Gesundheitszustand auszugehen und eine intensive multimodale Behandlung mit Psycho-/Physio- und Ergotherapie durchzuführen. Ein Wechsel des behandelnden Psychiaters bei erfolgloser Behandlung über zwei Jahre und ohne dokumentierte adäquate Adaption der Behandlung bei postulierter Verschlechterung werde ebenfalls empfohlen. 4.1

Der Neurologe Dr. D.____

diagnostizierte im Februar 2019 ein chronisches Schmerzsyndrom und ein subakutes Karpaltunnelsyndrom beidseits und begründete die gestellten Diagnosen in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise damit, dass sich - nach einer durchgeführten EEG, MRT-Untersuchungen der LWS, des Kopfes, der HWS und der BWS, einer Liquoranalyse und einer SEP- Tibialis - insgesamt für die Zuweisungsbeschwerden mit rezidivierendem Wegsacken des linksseitigen Beines kein pathologisches Korrelat zeige. Sichtbar sei lediglich ein ausgeprägtes chronisches Schmerzsyndrom, welches ätiologisch durch die Apparatdiagnostik nicht näher zuzuordnen sei (vorstehend E. 3.7). Gestützt auf den Bericht von Dr. D.____ kann davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht ausreichend abgeklärt wurde, zumal auch im Austrittsbericht der Ärzte der Klinik C.____ vom Januar 2019 ein neurologisches Konsil aufgeführt

wurde, das keine relevanten somatischen Diagnosen ergab (vorstehend E. 3.6). Auch die weitere fachärztliche Abklärung durch den Neurochirurgen Dr. E.____, der ein chronifiziertes systemisches Schmerzsyndrom somatogener und vor allem psychogener Genese diagnostizierte, ergab keine weiteren somatischen Diagnosen (vorstehend E. 3.10).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit machte Dr. D.____ keine Angaben (vorstehend E. 3.7).

Angehts der gestellten Diagnosen, der erhobenen objektiven Befunde und der Ausführungen der involvierten Ärzte rechtfertigt

es sich vorliegend, diesbezüglich auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. B.____ vom Oktober 2018 abzustellen, wonach der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Verpackerin seit 2010 nicht mehr zumutbar sei, für eine angepasste, leichte Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 kg, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhalteposition, ohne Überkopfarbeiten und ohne Verharren in Zwangshaltungen hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliege (vorstehend E. 3.5). Zum gleichen Schluss kamen denn auch die Ärzte des Y.____ bereits im November 2017, die ein paravertebrales Schmerzsyndrom zervikolumbal betont und eine Periarthropathia

humeroscapularis beidseits (rechts > links) diagnostizierten (vorstehend E. 3.1). 4.2

In Bezug auf das durch die behandelnde Ärztin Dr. Z.____ diagnostizierte paravertebrale Schmerzsyndrom bei Fehlstellung der Wirbelsäule, die seit vielen Jahren bestehende Periarthropathia

humeroscapularis beidseits (rechts > links), die chronischen muskulären und segmentalen HWS-BWS-Beschwerden, die Gonarthrose links, die Senk-Spreizfüße beidseits, die

chronischen Cephalgien und das metabolische Syndrom sowie

die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vorstehend E. 3.2, E. 3.4, E. 3.9) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Dr. Z.____ begründete die 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit einer stark reduzierten körperlichen, geistigen und psychischen Leistungs- sowie Belastungsfähigkeit. Dabei widersprechen die

aufgeführten körperlichen Einschränkungen

einerseits den

im Austrittsbericht der Ärzte der Klinik C.____ gemachten Beobachtungen, wonach die Beschwerdeführerin ihre Mobilität mit Hilfe von Physiotherapie nach und nach steigern können (vgl. vorstehend E. 3.6), zumal sie im Wesentlichen auf Dekonditionierung zurückzuführen sind.

Andererseits

unterscheidet Dr. Z.____

nicht zwischen allfälligen somatischen und allfälligen psychischen Beeinträchtigungen, sondern vermengt diese, weshalb aus ihren Berichten betreffend allfällige somatisch bedingte Einschränkungen ohnehin keine Rückschlüsse gezogen werden können.

In Bezug auf den von der behandelnden Hausärztin Dr. A.____

diagnostizierten massiv chronifizierten panvertebralen Beschwerdekomples und die

attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vorstehend E. 3.3, E. 3.8) ist ebenfalls auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ausserdem fällt auf, dass Dr. A.____ lediglich die angestammte und andere körperliche Tätigkeiten als ungeeignet bezeichnet beziehungsweise anfügte, diese würden «schlecht toleriert».

Zu einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in optimal angepassten Tätigkeiten nahm sie hingegen nicht Stellung, sodass im Umkehrschluss gar von einer durchaus bestehenden Arbeitsfähigkeit in nicht körperlichen Tätigkeiten ausgegangen werden könnte. Insgesamt kann deshalb auf die Beurteilung durch die Hausärztin ebenfalls nicht abgestellt werden.

Schliesslich kann auch nicht auf die durch den Neurochirurgen Dr. E.____ verneinte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 3.10) abgestellt werden, denn er begründete diese damit, dass eine Reintegration der Beschwerdeführerin nach einer siebenjährigen Arbeitsunfähigkeit zum Scheitern verurteilt sei und nicht gestützt auf somatischen Einschränkungen. 4.3

Nach dem Gesagten kann ausgehend vom Bericht von Dr. D.____

und unter Berücksichtigung der Einschätzungen der weiteren involvierten Ärzte (E. 3.1, 3.5-3.7, 3.10-11) davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht ausreichend abgeklärt wurde. In Bezug auf dem somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sind in antizipierter Beweiswürdigung keine weiteren Abklärungen nötig (BGE 124 V 94 E.

4b, 122 V 157 E. 1d), da nicht davon auszugehen ist, dass weitere medizinische Abklärungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem anderen Ergebnis führen würden. Der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die radikuläre Problematik nicht abschliessend abgeklärt worden sei (vgl. Urk. 1 S. 7 Rz 27), erweist sich daher als unbegründet, zumal sich im erneuten neurologischen Konsil kein Hinweis auf eine Radikulopathie finden liess (vgl. vorstehend E. 3.6).

Demnach ist der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht als dahin gehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Verpackerin nicht mehr möglich ist. Eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit ist ihr jedoch zu 100 % zumutbar. 4.4

Die Ärzte der Klinik C.____ diagnostizierten im Anschluss an den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin von November bis Mitte Dezember 2018 in psychiatrischer Hinsicht eine seit 2009 bestehende chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine anhaltende psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z73). Ferner diagnostizierten sie eine seit zirka 2013 bestehende rezidivierende depressive Störung

und eine seit zirka 2015 bestehende generalisierte Angststörung, die jedoch beide zum Beurteilungszeitpunkt remittiert waren. Zudem berichteten die Ärzte der Klinik C.____ von einer massiven Dekonditionierung der Beschwerdeführerin. Schliesslich attestierten die Ärzte der Klinik C.____ der Beschwerdeführerin eine nur unwesentlich über ihre Entlassung am 12. Dezember 2018 hinaus an dauernde Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Dezember 2018 (vgl. vorstehend E. 3.6).

Die Ärzte der Klinik C.____

attestierten somit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Dabei führten sie die Immobilität und die Schmerzen der Beschwerdeführerin in erster Linie auf die massive Dekonditionierung zurück und legten dar, dass sich mit der Abgabe des Rollators und der Steigerung der Mobilität der körperliche und psychische Zustand der Patientin deutlich gebessert hätten und die Schmerzen mehr in den Hintergrund getreten seien. Obwohl sie weiterhin über Schmerzen berichtet habe, habe sie sich sehr viel mehr bewegt und die Körperhaltung habe sich sichtbar verbessert, sie sei aufgehellter und schwingungsfähiger gewesen (Urk. 5/36/1-6 S. 3 f.). Weiter

hielten die Ärzte fest, dass die Beschwerdeführerin psychisch und physisch in leicht stabilerem Zustand entlassen worden sei und betonten die Wichtigkeit weiterer Aktivierung, Mobilisierung, der Einhaltung einer Tagesstruktur und des Trainings. So empfahlen sie

bezüglich des weiteren Prozederes neben der Weiterführung der ambulanten Psychotherapie die Weiterführung des Beckenbodentrainings, die Aufrechterhaltung des Mobilitätstrainings und der Tagesstruktur sowie die muskuläre Aktivierung (Urk. 5/36/1-6 = Urk. 5/51/4-9 S. 4 unten).

Dies lässt den Schluss zu, dass einerseits

die Schmerzen und allfällige Einschränkungen in erster Linie auf die massive Dekonditionierung zurückzuführen sind. Andererseits ergibt sich aus den Ausführungen der Ärzte der Klinik C.____, dass die Beschwerdeführerin über ausreichende Ressourcen verfügte, um im Rahmen des stationären Aufenthaltes innerhalb kurzer Zeit eine deutliche Besserung der Mobilität und der Schmerzen zu erreichen. Als zumutbar und nötig erachteten die Ärzte der Klinik C.____ sodann das selbständige Weiterführen der empfohlenen Therapien, was ohne Weiteres auf entsprechende Ressourcen der Beschwerdeführerin schliessen lässt. Mit keinem Wort erwähnten die zuständigen Ärzte ferner etwaige Einschränkungen im Haushaltsbereich. Somit ist insgesamt gestützt auf den Bericht der Ärzte der Klinik C.____ vom Januar 2019 davon auszugehen, dass keine relevante langandauernde psychiatrische Arbeitsunfähigkeit vorliegt, weshalb aus Gründen der Verhältnismässigkeit von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann (vgl. vorstehend E. 1.4). 4.5

Daranvermag die Beurteilung durch die behandelnde

Ärztin Dr. Z.____, bei welcher sich die Beschwerdeführerin seit Mai 2017 wegen ihrer somatischen und psychischen Beschwerden in Behandlung befindet, nichts zu ändern. Dr. Z.____ diagnostizierte im Dezember 2017 in psychischer Hinsicht eine seit 2009 bestehende chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit einer seit zirka 2013 bestehenden rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), und einer seit zirka 2015 bestehenden generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie einer spezifischen Phobie (ICD-10 F40.2), namentlich einer Flugphobie (vorstehend E. 3.2). Im September 2018 ging Dr. Z.____ von einem stationären Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus, wobei die rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4) als auch die generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) aktuell remittiert waren (vorstehend E. 3.4). Dr. Z.____ berichtete im September 2019 von einem verschlechterten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wobei bezüglich der seit 2013 bestehenden rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig eine mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F33.10) vorgelegen habe

aufgrund des blanden neurologischen Untersuchungsergebnisses und des IV-Vorbescheids (vorstehend E. 3.9). Dabei

attestiert Dr. Z.____

unbesehen der jeweiligen Diagnosen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vorstehend E. 3.2, E. 3.4, E. 3.9).

Bezüglich der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes durch die behandelnde Ärztin Dr. Z.____ ist, wie bereits erwähnt,

auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem ist Dr. Z.____ Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und verfügt nicht über einen entsprechenden Facharztstitel, um den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin fachärztlich zu beurteilen. Daran ändert auch der Umstand, dass Dr. Z.____ eine

Weiterbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin und delegierter Psychotherapie gemacht hat (vgl. hierzu das Medizinalberuferegister www.medregom.admin.ch), nichts. Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 6 Rz 22) erweist sich daher als unbegründet. Ausserdem verlässt

Dr. Z.____ ihren Kompetenzbereich als Ärztin, indem sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente beurteilt und eine Indikation zum Rentenbezug bejaht (vorstehend E. 3.9), womit auch die auftragsrechtliche Vertrauensstellung zum Ausdruck kommt (vgl. oben). Schliesslich ist – unbeschrieben der jeweiligen Diagnosen – die Beschreibung der Beschwerdeführerin als sehr eingeschränkte Frau, die selbst im Haushalt nichts verrichten könne und auf Hilfe angewiesen sei (vorstehend E. 3.4; vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.9) angesichts der Ausführungen im Austrittsbericht der Ärzte der Klinik C.____ und der während des Klinikaufenthaltes erfolgten Mobilisierung und körperlichen Aktivierung sowie der interdisziplinär geäusserten Empfehlungen, namentlich die Weiterführung des Trainings sowie die Aufrechterhaltung des Mobilitätstrainings und der Tagesstruktur (vorstehend E. 3.6; Urk. 5/36/1-6 = Urk. 5/51/4-9 S. 4 unten), nicht nachvollziehbar. Wären die Ressourcen derart eingeschränkt, wie sie von Dr. Z.____ und der Beschwerdeführerin geltend gemacht wurden (vgl. vorstehend E. 2.2; Urk. 1 S. 8 Rz 30 ff.), hätte dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Eingang in den Austrittsbericht der Ärzte der Klinik C.____ gefunden. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin über ausreichende Ressourcen verfügt. Dies hat umso mehr zu gelten, als dass die Beschwerdeführerin unter anderem trotz erfreulichem neurologischen Untersuchungsergebnis (vgl. vorstehend E. 3.7) mit einer von Dr. Z.____ postulierten Verschlechterung der depressiven Störung reagierte (vgl. vorstehend E. 3.9). Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin

erweist sich somit als unbegründet.

Bezüglich der durch die behandelnde Hausärztin Dr. A.____ diagnostizierten schweren Depression mit psychotischen Symptomen und der attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vorstehend E. 3.3, E. 3.8) ist ebenfalls auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem begründete Dr. A.____ die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht näher und verfügt als Allgemeinmedizinerin nicht über den entsprechenden Facharztstitel, um den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin fachärztlich zu beurteilen. Ausserdem konnten weder Dr. Z.____ noch die Ärzte der Klinik C.____ eine schwere Depression oder psychotische Symptome feststellen. Schliesslich kann hier wiederholt werden (vgl. vorstehend E. 4.2), dass Dr. A.____ lediglich die angestammte und andere körperliche Tätigkeiten als ungeeignet bezeichnete beziehungsweise anfügte, diese würden «schlecht toleriert». Zu einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in optimal angepassten Tätigkeiten nahm sie hingegen nicht Stellung, sodass im Umkehrschluss auch in Bezug auf allfällige psychische Beschwerden gar von einer durchaus bestehenden Arbeitsfähigkeit in nicht körperlichen Tätigkeiten ausgegangen werden könnte. 4. 6

Nach dem Gesagten kann gestützt auf den überzeugenden Bericht der Ärzte der Klinik C.____ davon ausgegangen werden, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt, weshalb es sich vorliegend

aus Gründen der Verhältnismässigkeit rechtfertigt, von einem strukturierten Beweisverfahren abzusehen, zumal den gegenteiligen Einschätzungen durch die behandelnden Ärztinnen Dr. Z.____ und Dr. A.____ kein genügender Beweiswert zukommt (vorstehend E. 4. 5 ; vgl. vorstehend E. 1. 4). Ausserdem bestehen keine Hinweise darauf , dass die Massnahmen zur Rekonvaleszenz nicht der versicherten Person allein überantwortet werden könnten (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 601/05 vom 11. August 2006 E. 2.3.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_432/2015 vom 23. September 2015 E. 5.2).

Demnach ist der medizinische Sachverhalt in psychischer Hinsicht als dahin gehend erstellt zu betrachten, dass keine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. 4. 7

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Verpackerin nicht mehr zumutbar ist. Für eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit besteht hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). 5.3

Die Beschwerdeführerin

war seit dem Jahr 2000 bei der F.____ AG als Verpackerin in einem Vollzeitpensum tätig. Gegen Ende des Arbeitsverhältnisses war die Beschwerdeführerin teilweise arbeitslos. Das Arbeitsverhältnis endete 2011 (vgl. Urk. 5/20 S. 1 unten ; Urk. 5/35). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren Lohn und Arbeitslosenentschädigung bezogen hat, stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens nicht auf den Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; vgl. Urk. 5/35) ab, sondern zog den standardisierten Durchschnittslohn für Hilfsarbeitskräfte im privaten Sektor gemäss LSE 2016 heran. Dabei stellte sie auf das Niveau 2 ab, da die Beschwerdeführerin lange beim selben Arbeitgeber gearbeitet hat. Dies ist nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert bestritten (vgl. Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin errechnete unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung sowie der wöchentlichen Arbeitszeit ein Valideneinkommen von

Fr. 60'933.00 (Fr. 4'832.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.004 x 1.004) für das Jahr 2018 (Urk. 2 S. 2 Mitte; vgl. Urk. 5/37).

5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Die Beschwerdeführerin kann die angestammte Tätigkeit als Verpackerin nicht mehr ausüben. Eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit ist ihr jedoch zu 100 % zumutbar (vorstehend E. 4.7). Die Beschwerdegegnerin zog zur Ermittlung des Invalideneinkommens den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE 2016 heran. Dies ist nicht zu beanstanden und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert bestritten (vgl. Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin errechnete unter Berücksichtigung der allgemeinen Lohnentwicklung sowie der wöchentlichen Arbeitszeit ein Invalideneinkommen von Fr. 55'019.-- (Fr. 4'363.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.004 x 1.004) für das Jahr 2018 (Urk. 2 S. 2 Mitte; vgl. Urk. 5/37).

Auf einen leidensbedingten Abzug verzichtete die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 5/37 S. 1 unten), was rechtsprechungsgemäss ebenfalls nicht zu beanstanden ist. 5.6

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 60'933.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 55'019.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 5'914.-- und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 10 %.

Dementsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf -
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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannPeter-Schwarzenberger

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