

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00203 vom 20. Januar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00203)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00203 du 20 janvier 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00203 del 20 gennaio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen ( Art.

### **E. 1.2**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer

Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind.

Fehlt es da ran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

### **E. 1.3**

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

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

### **E. 1.4**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O.

E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.6 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des

streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 10. April 2013 sowie in Anwendung der Überwindbarkeitsrechtsprechung sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, rückenadaptierten Tätigkeit auszugehen. Da die Restarbeitsfähigkeit mit der aktuellen Tätigkeit zu 40 % nicht voll ausgeschöpft werde, sei das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen zu ermitteln. So ergebe sich bei der Qualifikation als zu 90 % Erwerbstätige und zu 10 % im Haushaltsbereich Tätige ein nicht renten begründender Invaliditätsgrad von 9 % (Urk. 2).

Im Zusammenhang mit der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) brachte die Beschwerdegegnerin vor, psychosomatische Leiden seien

nach wie vor nur dann

invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien. Ohne langjährige, verfestigte Schmerzentwicklung und solange noch Therapieöglichkeiten vorhanden seien, sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden kaum vorstellbar (Hinweis auf BGE 141 V 281 E).

4.3.1.2). Der psychiatrische Gutachter sei indes von diversen Behandlungsmöglichkeiten ausgegangen, mit welchen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte. Ferner hätten die psychosozialen Belastungsfaktoren, namentlich die belastende Situation am Arbeitsplatz, unberücksichtigt zu bleiben. Bei einer unvollständig remittierten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht seien die Komorbiditäten nicht erheblich beziehungsweise nicht ressourcenhemmend. Die sozialen Kontakte sowie eine Tagesstruktur seien erhalten. Insgesamt bestünden genügend Ressourcen, um trotz Beschwerden zu arbeiten (Urk. 26).

## 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte hiergegen ein, im MEDAS-Gutachten seien relevante körperliche und seelische Leistungsbeeinträchtigungen festgestellt worden, wobei weitere relevante Gesundheitsbeeinträchtigungen vorlägen und zu berücksichtigen seien. Diese seien nicht unklar, sondern klinisch bestätigt und objektivierbar (Urk. 1 S. 21-23). Die im MEDAS-Gutachten vorgeschlagene Behandlungsoptimierung sei unhaltbar und hätte den behandelnden Ärzten zur Stellungnahme vorgelegt werden müssen. Ferner sei eine daraus abgeleitete Prognostik irrelevant (Urk. 1 S. 16). Die Auftragskorrespondenz mit der MEDAS sei unterschlagen und deren Gutachten während mehr als einem halben Jahr

geheim gehalten worden, weshalb von einer Manipulation auszugehen sei (Urk. 1 S. 17 und S. 19). Die Gutachter hätten sich nicht ausreichend mit anderen ärztlichen Berichten auseinandergesetzt und insbesondere die RAD- Stellungnahme nicht zur Stellungnahme erhalten (Urk. 1 S. 18). Da der RAD vom MEDAS-Gutachten abgewichen sei, habe eine Einholung von Stellungnahmen der behandelnden Ärzte nicht unterbleiben dürfen (Urk. 1 S. 20).

Weiter machte sie geltend, das hiesige Gericht habe einen Wechsel des Arbeitsplatzes in Anbetracht des langjährigen Arbeitsverhältnisses und der Bemühungen des Arbeitgebers zur Arbeitsplatzanpassung für nicht zumutbar befunden (Urk. 1 S. 7 und S. 26, Urk. 23 S. 4, Urk. 33). An ihrem jetzigen, angepassten Arbeitsplatz sei ihr gemäss dem MEDAS-Gutachten ein Arbeitseinsatz von 50 % zumutbar (Urk. 1 S. 15). Auf dem freien Arbeitsmarkt habe sie keinerlei Chance auf eine neue angepasste Arbeitsstelle.

Im Vergleich zum im Gesundheitsfall bei einer vollzeitlichen Tätigkeit als ausgebildete Pflegerin zu erzielenden Einkommen resultiere ein Einkommensverlust von über 70 % (Urk. 1 S. 24).

In ihrer Stellungnahme vom 7. September 2015 brachte die Beschwerdeführerin vor, sie sei in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit ganz erheblich eingeschränkt wegen seelischer und körperlicher Krankheit, insbesondere Schmerzen und erhöhter Ermüdbarkeit beziehungsweise vorzeitiger Erschöpfung. Beide Gesundheitsstörungen seien schilddrüsenassoziiert und hätten weitere Ursachen (Urk. 23 S. 4). Die behandelnden Ärzte müssten beauftragt werden, zum MEDAS-Gutachten Stellung zu nehmen. Die Waffengleichheit gebiete dies (Urk. 23 S. 5 f.) und es sei auch angezeigt, da mit der neuen Rechtsprechung die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zentral geworden seien (Urk. 23 S. 8). Zu den Indikatoren führte sie aus, die diagnoserelevanten Befunde seien über Jahre stetig und ausgeprägt, die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz sei seit Jahren gefestigt beziehungsweise der Erfolg der Eingliederung in die heutige speziell angepasste Tätigkeit unbestreitbar. Die Multimorbidität erkläre die konkreten Verhältnisse widerspruchsfrei und die Konsistenz sowie der Leidensdruck seien ausgewiesen (Urk. 23 S. 9). Sie leide aber nicht an psychosomatischen Beschwerden (Urk. 23 S. 11). 3. 3.1

Am 14. Juli 2011 berichtete Dr. A.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe seit September 2010 wiederholt depressive Verstimmungen gezeigt. Aktuell bestehe Druck am Arbeitsplatz mit einer zwischenmenschlichen Belastungssituation, vor allem mit einer Vorgesetzten. Insbesondere aufgrund der belasteten Arbeitssituation sei sie zunehmend in eine Depression gerutscht. Es sei eine Überweisung in eine fachpsychologische Behandlung notwendig geworden (Urk. 6/ 153). Am 22. August 2011 gab Dr. A.\_\_\_\_ an, in der Zwischenzeit habe sich nichts verändert (Urk. 6/ 152). 3.2

Dem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Oktober 2011 ist zu entnehmen, dass er die Beschwerdeführerin seit Januar 2011 behandelt. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) seit Oktober 2010, gegenwärtig teilremittiert, auch situationsabhängig beziehungsweise belastungsabhängig, mit Somatisierung von Beschwerden, sowie ein chronisches

lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Die Beschwerdeführerin beschreibe seit zweieinhalb Jahren zunehmende Spannungen mit einer neuen Vorgesetzten, was sie als Mobbing

erlebe. Die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit noch knapp zu 40 % arbeitsfähig, aber es müsse etwas unternommen werden, um die 40%ige Arbeitsfähigkeit zu erhalten (Urk. 6/154/3-6). 3. 3

Im polydisziplinären (internistisch-rheumatologisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 12. März 2013 (Urk. 6/190) diagnostizierten

die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine unvollständig remittierte depressive Störung, leicht bis mittelgradig (ICD-10: F32.8), seit Oktober 2010, eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung bei psychosozialen Faktoren und Somatisierungstendenzen (ICD-10: F54), ebenfalls seit Oktober 2010, ein chronifiziertes

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M42.16), bestehend seit mindestens 2002, sowie ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (ICD-10: M79.90). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen sie der Hypothyreose bei vermuteter Autoimmunthyreoiditis, Erstdiagnose im Jahr 2006, zu (Urk. 6/190/25).

Der rheumatologischen Beurteilung ist zu entnehmen, auf oberflächlichsten Druck beziehungsweise auf Berührung, seien ausgedehnte Weichteildruckdolenzen auslösbar. Dies am Schulter- und Beckengürtel, entlang der ganzen Wirbelsäule, im Bereich der Vorderarmmuskelgruppen, der Ober- und Unterschenkelmuskelgruppen. Weder anamnestisch noch klinisch fänden sich Hinweise auf eine inflammatorische Grundlage dieser Weichteilbeschwerden, das generalisierte Weichteilschmerzsyndrom sei zu ausgedehnt, um von einem klassischen Fibromyalgiesyndrom sprechen zu können. Das Weichteilschmerzsyndrom gehe nicht mit einer alltagsrelevanten Bewegungs- oder Funktions einschränkung der peripheren Gelenke, der Hals-, der Brust- und der oberen Hälfte der Lendenwirbelsäule einher. An der unteren Hälfte der Lendenwirbelsäule liege eine leichte bis mittelgradige Bewegungsrestriktion ohne Zeichen einer aktiven Neurokompression vor. Die im Jahr 2007 angefertigten Röntgenaufnahmen zeigten eine fortgeschrittene Osteochondrose L4/5 und eine lumbosakrale

Übergangsanomalie L5/S1. Somit ergebe sich eine mittelgradige Einschränkung der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskeletts und eine leichte bis mittelgradige Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit infolge des chronischen Schmerzsyndroms und der allgemeinen Dekonditionierung. Für eine leichte Arbeitstätigkeit in rückenergonomischer Durchführung liege eine volle Arbeitsfähigkeit von acht Stunden pro Tag mit einer qualitativen Leistungsminderung

von maximal 25 % vor. Die aktuelle Arbeitsstelle sei rücken ergonomisch ungünstig, da die Beschwerdeführerin in sitzender Haltung Patienten das Essen verabreichen müsse. Die Arbeitsfähigkeit liege bei vier Stunden pro Tag beziehungsweise bei 50 % ohne zusätzliche Leistungsminderung (Urk. 6/190/24, Urk. 6/190/27-28, Urk. 6/190/40-42).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin im Befund nervös, weine immer wieder, insistiere sehr auf das gegenwärtige Arbeitsverhältnis und wirke teilweise leicht überfordert. Die Konzentration sei fraglich reduziert, Probleme mit dem Gedächtnis seien allenfalls situationsbedingt, teilweise würden die Schwierigkeiten auch sehr deutlich präsentiert wirken. Aufgrund des psychopathologischen Befundes präsentiere sich eine unvollständig remittierte depressive Episode. Eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor, beispielsweise finde sich die klassische Multisomatoformität nicht, die

Beschwerdeführerin bringe sehr klar auch selbst die psychosozialen Faktoren mit ins Spiel und es fehle an Klagen über ganz unzureichend begründbare Beschwerden, auch wenn eine Schmerzausweitung bestehe. Die Krankheitsverarbeitung der Lumbago sei aufgrund anhaltenden Stresserlebens, der depressiven Störung sowie anhaltender Konflikte am Arbeitsplatz eingeschränkt. Eine Aggravation scheine nicht im Vordergrund zu stehen. Die depressiven Kognitionen und die somatische Schmerzsituation würden sich gegenseitig verstärken. Aus psychiatrischer Sicht bestehe am gegenwärtigen Arbeitsplatz, der konfliktbeladen und nur begrenzt anpassbar erscheine, eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Für die gleiche Arbeit jedoch an einem Arbeitsplatz ohne Vorgeschichte betrage die Arbeitsfähigkeit 70 %. Für eine Verweistätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben, welche durch eine Optimierung der antidepressiven Therapie und gegebenenfalls mit teilstationärer Behandlung und Einsatz von Reintegrationsmassnahmen seitens der IV auch auf 100 %

steigerbar wäre (Urk. 6/190/24-25, Urk. 6/190/21, Urk. 6/190/28, Urk. 6/190/54-55, Urk. 6/190/59-60, Urk. 6/190/67-68).

Bei der internistischen Untersuchung hätten sich keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt und die Schilddrüse sei palpatorisch unauffällig gewesen. In der Labordiagnostik hätten die peripheren Schilddrüsenhormone im unteren Normbereich gelegen und der TSH-Wert sei erhöht gewesen. Falls eine gute Compliance in Bezug auf die Thyroxin-Einnahme vorausgesetzt werde, sei die Hormondosis zu niedrig und anzupassen. Die wahrscheinlichste Ursache der Unterfunktion sei eine Autoimmunthyreoiditis, welche sich in praktisch allen Fällen mit Substitution gut behandeln lasse. Eine Hypothyreose könne durchaus Beschwerden im Sinne auch einer Depression verursachen, das Ausmass der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden könne aber nicht alleine der Hypothyreose zugeordnet werden. Bei optimaler Thyroxin-Therapie und unter endokrinologischer Kontrolle ergebe sich aufgrund der behandelten Autoimmunthyreoiditis keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe vor allem über ihre Arbeitssituation geklagt. Sie werde seit zwei Jahren von einer Vorgesetzten mehr oder weniger schikaniert beziehungsweise gemobbt und gehe häufig weinend zur Arbeit. Die Rückenbeschwerden seien nach den Angaben der Beschwerdeführerin etwas besser, da sie nicht mehr schwer heben, sich bücken oder rückenbelastend arbeiten müsse. Bei der Untersuchung habe sie leidend gewirkt und fast jede Funktionsprüfung mit Händen abgewehrt und gegengespant (Urk. 6/190/26-27).

In der Gesamtbeurteilung aus interdisziplinärer Sicht

hielten die Gutachter fest, vor allem aufgrund des lumbospondylogenen Syndroms seien nur körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position und in rückenergonomisch korrekter Ausführung zumutbar (Urk. 6/190/28). Optimal angepasst sei eine körperlich leichte Tätigkeit in wechselnder Position, nach rückenergonomischen Kriterien, ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten in vornübergebeugter Stellung, ohne längeres Sitzen oder Stehen, mit wenig Stresserleben und einem freundlichen Arbeitsklima (Urk. 6/190/31). Eine solche Tätigkeit sei aktuell während sechs bis sechseinhalb Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 6/190/32). Solange die depressive Störung noch nicht ausreichend behandelt sei, sei die Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit mit 80 % anzusetzen, wobei die qualitative Leistungsminde rung bereits berücksichtigt sei (Urk. 6/190/29). Zum Krankheitswert des psychischen Leidens merkten die Gutachter an, es lägen zwar erhebliche psychosoziale Faktoren vor, doch würden diese das Krankheitsbild der depressiven Störung nicht

überwiegen (Urk. 6/190/30). Bezogen auf ein 100%-Pensum besteht aufgrund der chronischen Schmerzen sowie der Dekonditionierung eine um 20 bis 25 % verminderte Leistungsfähigkeit (Urk. 6/190/32).

Eine Optimierung der Arbeitsfähigkeit scheine möglich durch eine komplexere Psychopharmako-Strategie. Sinnvoll könnten zudem soziotherapeutische Massnahmen wie ein tagesklinischer Aufenthalt zur Neuorientierung sowie intensive medizinische Trainingstherapie und Bewegungsübungen sein. Nach Optimierung der antidepressiven Therapie, gegebenenfalls mit

über gangweise teilstationärem Aufenthalt und Einsatz von Reintegrationsmassnahmen seitens der Invalidenversicherung könnte durchaus eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Anders gesagt sei eine angepasste Tätigkeit nach erfolgreichen psychiatrischen Therapiemassnahmen auch während acht Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 6/190/32).

Am bisherigen Arbeitsplatz betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % ohne zusätzliche Leistungsminderung, da häufig Patienten in sitzender Position Mahlzeiten einzuzeuhen seien, was rückenergonomisch nicht ideal sei, sowie wegen der konfliktbeladenen Vorgeschichte (Urk. 6/190/29-30).

Aufgrund der Depression besteht nach der Aktenlage bereits seit Oktober 2010 konstant eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Mit

einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz sei aber selbst mit rückenschonenderen Einsätzen nicht zu rechnen (Urk. 6/190/31).

#### 4.4.1

RAD-Arzt Dr. med. Dr. rer. pol. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, schloss sich in seiner Stellungnahme vom 11. April 2014 der im MEDAS-Gutachten vom 12. März 2013 vorgenommenen Beurteilung an (Urk. 6/194/5-6). Die IV-Stelle ging grundsätzlich ebenfalls von der Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens aus, übernahm aber nicht sämtliche darin festgehaltenen Einschränkungen, da sie sie teilweise nicht für invalidisierend hielt (Urk. 2).

Ein Abweichen der IV-Stelle von der gutachterlichen Beurteilung ist grundsätzlich zulässig. Durch aus rechtlicher Sicht begründetes Abweichen von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter verliert deren übrige Beurteilung nicht ihren Beweiswert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015, E. 6.3). Bei der Beurteilung, wie sich

die erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, kommt den medizinischen Experten keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.2). 4.2

Das Gutachten der MEDAS vom 12. März 2013 basiert auf den Vorakten (Urk. 6/190/1-17), berücksichtigte die Anamnese (Urk. 6/190/17-21, Urk. 6/190/50-53), die fachärztlich erhobenen Befunde (Urk. 6/190/21-23, Urk. 6/190/38-40, Urk. 6/190/54-57) sowie die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrem Leiden (Urk. 6/190/20, Urk. 6/190/37-38,

Urk. 6/190/48-49). Sodann erfolgte eine interdisziplinäre Beurteilung und Beantwortung der gestellten Fragen (Urk. 6/190/25-34). Dem von der Beschwerdeführerin angeführten BGE 141 V 330 E. 4.2 (vgl. Urk. 30 und Urk. 31) lässt sich nicht entnehmen, dass das

MEDAS-Gutachten den behandelnden Ärzten zur Stellungnahme zu unterbreiten gewesen wäre. 4.3

Aus somatischer Sicht wurden das chronifizierte lumbospondylogene

Schmerzsyndrom (ICD-10: M42.16) bei fortgeschrittener Osteochondrose L4/5 sowie bei einer lumbosakralen Übergangsanomalie L5/S1 sowie das generalisierte Weichteilschmerzsyndrom (ICD-10: M79.90) als die Arbeitsfähigkeit einschränkend beurteilt (Urk. 6/190/25, Urk. 6/190/41). Das chronifizierte

lumbospondylogene Schmerzsyndrom korreliert mit gewissen objektiven Befunden, so mit der fortgeschrittenen Osteochondrose und der lumbosakralen

Übergangsanomalie, welche mit einer leichten bis mittelgradigen Bewegungsrestriktion der unteren Hälfte der Lendenwirbelsäule einhergehen (Urk. 6/190/41). Die beschriebene Schmerzhaftigkeit der Lendenwirbelsäule bei Inklination, Reklination und Seitenneigung (Urk. 6/190/39) ist somit objektiv ausgewiesen. Die IV-Stelle durfte deshalb nicht ohne Weiteres davon ausgehen, sämtliche Schmerzen seien infolge der Überwindbarkeits-Rechtsprechung

invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich.

Unter anderem

infolge der chronischen Schmerzen wurde die allgemeine Leistungsfähigkeit als reduziert erachtet, wobei diese Einschränkung unter jenen auf somatischer Ebene aufgeführt wurde (Urk. 6/190/29). 4.4

Als weiteren Grund für die Reduktion der Leistungsfähigkeit gaben die Gutachter eine Dekonditionierung an (Urk. 6/190/29). Die dadurch verursachte Leistungsminderung berücksichtigte die IV-Stelle nicht. Dies unter Hinweis darauf, dass die Dekonditionierung im Gebiet der Invalidenversicherung praxisgemäss nicht zu berücksichtigen sei (Urk. 2 S. 3). In etlichen Fällen trifft diese Auffassung zu, da der dekonditionierte Zustand in der Regel mittels Rekonstruktionen der Massnahmen verbessert werden kann und für die Invalidität eine Dauerhaftigkeit der Einschränkung vorausgesetzt wird (Art.

## **E. 6**

/123 ff.)

trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. März 2010 auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 6/133). Die dagegen von der Versicherten am 10. Mai 2010 erhobene Beschwerde (Urk. 6/142/4-42) wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2010.00452 vom 27. Januar 2011

abgewiesen (Urk. 6/146/1-13), was das Bundesgericht mit Urteil 9C\_215/2011 vom 30. Mai 2011 bestätigte (Urk. 6/149).

## **E. 8**

00.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht;

GSVGer). Vorliegend ist eine Entschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die

angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

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