

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00456 vom 15. August 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00456](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00456)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00456 du 15 août 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00456 del 15 agosto 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zu 90 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde und zu 10 % im Haushalt tätig wäre. Sie kam zum Schluss, dass im Haushaltsbereich eine Einschränkung von 5,4 % bestehe, was einen Teilinvaliditätsgrad von 0,54 % ergebe. Im Erwerbsbereich ging sie gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2007 nur noch zu 50 % in leidensangepasster Tätigkeit arbeitsfähig sei und errechnete eine Erwerbseinbusse von 51 % respektive einen Teilinvaliditätsgrad von 46,35 %. Aufgrund des daraus resultierenden Gesamtinvaliditätsgrades von gerundet 47 % (46,35 % + 0,54 %) sprach sie der Beschwerdeführerin ein Viertelsrente ab 1. Oktober 2008 (Ablauf der einjährigen Wartezeit) zu (Urk. 2).

### **E. 1.2**

Demgegenüber liess die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen vorbringen, das im Jahr 2011 erstellte MEDAS-Gutachten widerspiegeln nicht den aktuellen Gesundheitszustand, ausserdem seien die Einschätzungen der MEDAS-Gutachter nicht nachvollziehbar (Urk. 1). 2.

### **E. 1.3**

Die von der Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 12/82/3-5) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 14. Juni 2010 (Urk. 12/85) in dem Sinne gut, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die IV-Stelle zu ergänzenden medizinischen Abklärungen verpflichtete.

### **E. 1.4**

In der Folge liess die IV-Stelle die Versicherte

am 11. April bzw. 5. Mai 2011 durch die MEDAS B.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 22. Juni 2011, Urk. 12/112). Gestützt auf die weiteren Abklärungen stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. Oktober 2011 erneut die Ausrichtung einer

Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Oktober 2008 in Aussicht (Urk. 12/121). Dagegen erhob die Versicherte Einwände (Urk. 12/123, Urk. 12/126-127). Mit Schreiben vom 21. Dezember 2011 (Urk. 12/135) teilte die IV-Stelle der zuständigen Ausgleichskasse mit, dass der Versicherten eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Oktober 2008 zugesprochen werde und ersuchte um Berechnung der Geldleistung sowie um Zustellung der Verfügung

an die Versicherte. Nachdem die IV-Stelle festgestellt hatte, dass über den Rentenanspruch der Versicherten im Anschluss an das Rückweisungs Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 14. Juni 2010 versehentlich nie neu verfügt worden war (Urk. 11/3), sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 27. März 2014 - wie mit Vorbescheid vom 7. Oktober 2011 angekündigt

- mit Wirkung ab 1. Oktober 2008 eine Viertelsrente zu (Urk. 2).

## **E. 2**

Dagegen erhob X. \_\_\_ am 29. April 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 1). Mit undatierter Eingabe (eingegangen am 12. Juni 2014, Urk. 10) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 13. Juni 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 13).

### **E. 2.1**

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.

### **E. 2.2**

Fettleibigkeit begründet grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteile des Bundesgerichts I

839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3).

### **E. 2.3**

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 2.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), bis 31.11.2011: Abs. 4), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 2.5**

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

134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht.

Mithin ist zu prüfen, in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand respektive die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 15. September 2006 (Urk. 12/40) bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheides vom 27. März 2014 (Urk. 2) verändert hat.

#### **E. 3.2.1**

Am 20. Oktober 2004 wurde eine Repositionsspondylodese L5/S1 durchgeführt (Urk. 12/13/11), die anfänglich gute Resultate zeitigte und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erwarten liess (Bericht der C.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2005, Urk. 12/13/9).

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. Y.\_\_\_\_, berichtete zuhanden der Beschwerdegegnerin ausserdem über eine chronische rezidivierende PHS der linken Schulter, sowie über eine Stammvarikosis an beiden Unterschenkeln und ein metabolisches Syndrom (Bericht vom 26. August 2005, Urk. 12/12/1). In seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2005 (Urk. 12/18/2) hielt

der Regionale Ärztliche Dienst dafür, die Beschwerdeführerin sei in angepasster Tätigkeit vollständig arbeitsfähig, worauf hin die Beschwerdegegnerin dementsprechend verfügte (Sachverhalt E. 1.1).

### **E. 3.2.2**

Am 10. Januar 2006 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie (Urk.

### **E. 3.3**

-4.2). 4.2

Im Anschluss an den Rückweisungsentscheid (E. 4.1) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. August 2010 zu den Akten (Urk. 12/86), mit welchem Dr. E.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung bei Persönlichkeit mit passiv-abhängigen Zügen (ICD-10 F33.8, F60.7) diagnostizierte und dafür hielt, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Arbeitsfähigkeit bereits aus psychiatrischer Sicht zu 50 % eingeschränkt. 4.3

4.3.1

Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin in der Folge am 11. April bzw. 5. Mai 2011 durch die MEDAS B.\_\_\_\_ polydisziplinär (internistisch/psychiatrisch/rheumatologisch/kardiologisch) begutachten. Die Gutachter erstatteten ihre Expertise am 22. Juni 2011

(Urk. 12/112). 4.3.2

Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter beklagte die Beschwerdeführerin Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die beiden Gesässhälften und die Oberschenkel sowie Schulterschmerzen. Ausserdem gab sie an, manchmal träten in nahezu allen Gelenken Schmerzen auf (Urk. 12/112/63-64). Der Rheumatologe diagnostizierte ein chronifiziertes, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4), eine PHS tendopathica rechts (ICD-10 M75.0) sowie unspezifische Gonalgien beidseits (ICD-10 M17.9; Urk. 12/112/69). Er führte aus, die Ursachen für die Schmerzen in der Lendenwirbelsäule lägen vorwiegend in der Fehlbelastung bei einer muskulären Dysbalance/Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur sowie in einer Fehlhaltung bei einer Torsions skoliose und einer LWS-Streckfeh lhaltung. Bei Status nach einer Repositionsspondylodese L5/S1 mit interkorporeller Abstützung bei einer Spondylose mit Listhesis vom Oktober 2004 lasse sich zusätzlich eine Segmentdysfunktion vermuten. Daraus resultierten belastungsinduzierte Beschwerden der unteren Lendenwirbelsäule. Die geklagten Schmerzausstrahlungen in den rechten Oberschenkel hätten eher einen pseudoradikulären Schmerzcharakter. Die Symptome seien diffus, eine eindeutige

Dermatomzuordnung lasse sich nicht erbringen und es lägen keine motorischen Defizite vor. Klinisch hätten sich keine Anhaltspunkte auf eine Beteiligung der neuronalen Strukturen im Sinne einer Myelon- oder Wurzelaffektion ergeben. Passend dazu hätten sich auch die postoperativen Befunde in der bildgebenden Diagnostik gezeigt. Die Funktion der unteren Wirbelsäule sei gegenwärtig deutlich eingeschränkt, wobei die muskuläre Komponente führend sei. Durch konservative Therapie liesse sich der Zustand verbessern und auch die beklagte Schmerzproblematik lindern. In Anbetracht der Gesamtsituation, insbesondere im Hinblick auf den stattgefundenen operativen Eingriff, müsse jedoch mit Restbeschwerden gerechnet werden (Urk. 12/112/69).

Der Gutachter hielt weiter fest, in der rechten Schulter liege eine bereits radiologisch gesicherte nicht-transmurale Ruptur der Supraspinatussehne vor (MRI des rechten Schultergelenkes vom 19. September 2007, Urk. 12/112/68). Dadurch seien auch die Beschwerden und eine Funktionseinschränkung im Gleno-Humeralgelenk erklärbar. Einen operativen Eingriff habe die Beschwerdeführerin vor zwei Jahren jedoch aus Angst abgelehnt. Sie habe gemäss eigenen Angaben gelernt, den rechten Arm zu schonen und mit ihren Beschwerden gut umzugehen (Urk. 12/112/70).

Die beklagten, rechtsbetonten Gonalgien seien sodann hauptsächlich auf eine statische Fehlbelastung - bei einer deutlichen Valgusstellung und einer retro patellaren Problematik - zurückzuführen. Erschwerend für die Knieproblematik komme noch eine deutliche Adipositas hinzu. Hinweise auf einen klinisch relevanten Knie-Binnenschaden hätten sich nicht ergeben. Die radiologisch beschriebenen, beginnenden degenerativen Veränderungen seien allenfalls moderat ausgeprägt. Eine wesentliche Funktionsstörung in den Kniegelenken liege nicht vor. Durch entsprechende Massnahmen, insbesondere durch die Dehnung der ischiokruralen Muskulatur, sowie durch eine Kräftigung der Quadricepsmuskulatur könne die Problematik durchaus erfolgreich behandelt werden (Urk. 12/112/70).

Die Angaben der Beschwerdeführerin zur diffusen Gelenkproblematik, insbesondere unter einer nass-kalten Wetterlage, seien unspezifisch und liessen sich nicht eindeutig zuordnen. Aktuell sei die Beschwerdeführerin bezüglich der Gelenke beschwerdefrei. Ein pathologischer Befund an den grossen und kleinen Gelenken habe bei der aktuellen Exploration nicht objektiviert werden können und Hinweise auf eine entzündliche Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis oder auf andere Systemaffektion lägen nicht vor (Urk. 12/112/70).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit kam der Gutachter zum Schluss, dass eine körperlich schwer belastende Arbeit für das Achsenskelett und für die rechte Schulter ungünstig bzw. kontraindiziert sei und hielt fest, dass

die Beschwerdeführerin deshalb aus rheumatologischer Sicht in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig sei. Wechselbelastende Tätigkeiten, welche die Situation der Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter mitberücksichtigten, seien der Beschwerdeführerin hingegen zu einem Pensum von 50 %, zumutbar, wobei keine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe. Die Einbusse von 50 % leite sich aus der allgemeinen Dekonditionierung und aus der noch nicht suffizient eingestellten Schmerzproblematik ab. Durch medizinisch-therapeutische Massnahmen, insbesondere durch eine allgemeine Aktivierung und eine suffiziente analgetische Einstellung, könne die Leistungsfähigkeit gesteigert werden (Urk. 12/112/71). 4.3.3

Der psychiatrische Gutachter hielt dafür, die von Dr. E.\_\_\_\_ am 1. August 2010 gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.9) könne nicht nachvollzogen werden. Es lägen keine depressiven Episoden vor. Die Beschwerdeführerin habe sich sodann auch selber für den Zeitraum der Berichterstattung durch Dr. E.\_\_\_\_ nicht als depressiv erachtet. Zudem habe Dr. E.\_\_\_\_ einerseits dafürgehalten, dass eine rein psychiatrische Sicht der Arbeitsfähigkeit unsinnig sei, andererseits aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ sei weder formal noch inhaltlich nachvollziehbar. Die beschriebenen Befindlichkeiten der Niedergestimmtheit, die Schlafprobleme oder das Gefühl, sich nicht konzentrieren zu können oder rasch zu ermüden, die im Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ festgehaltenen Gedächtnisprobleme und das Gefühl der Angst und der Antriebsminderung sei en einer chronischen, jahrelang andauernden depressiven Verstimmung im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zuzuordnen, die jedoch weder von ihrem Verlauf her noch von ihrem Schweregrad her einer mittelgradigen depressiven Störung entspreche. Es handle sich um anhaltende, auch fluktuierende Stimmungsstörungen, die durchaus beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich ziehen würden. Andererseits habe die Beschwerdeführerin erklärt, dass sie überhaupt keinen Grund hätte, nicht zu arbeiten, wenn sie körperlich wieder gesund wäre (Urk. 12/112/56-57). Auch die von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung könne nicht bestätigt werden, da keinerlei Symptome dieses Beschwerdebildes ersichtlich seien (Urk. 12/112/58). Der Gutachter hielt dafür, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Dysthymie zu maximal 20 % eingeschränkt (Urk. 12/112/58). 4.3.4

Der kardiologische Gutachter führte als Diagnosen eine koronare, hypertensive und valvuläre Herzkrankheit, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (Stadium I) sowie eine chronische venöse Insuffizienz rechts auf (Urk. 12/112/76). Er führte aus, anamnestisch habe die Beschwerdeführerin eine Leistungseinschränkung beim aufwärts gehen erwähnt sowie eine phasenweise auftretende Dyspnoe beim Liegen oder bei schlechtem Wetter. Im Belastungstest habe sich eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit ergeben. Eine Angina pectoris sei nicht aufgetreten und weder im EKG noch echokardiographisch hätten sich Hinweise auf eine belastungsinduzierte Ischämie finden lassen. Zusätzlich habe sich die diastolische Funktion unter Belastung nicht verschlechtert. Gestützt auf diese Befunde kam der Gutachter zum Schluss, die Leistungseinschränkung der Beschwerdeführerin müsse demnach vor allem mit der Adipositas und ein er damit verbundene n

Dekonditionierung erklärt werden und hielt dafür, die kardiologischen Erkrankungen führten zu keiner direkten Verminderung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit. Durch eine konsequente Gewichtsabnahme und ein regelmässiges Training unter Anleitung könne die Leistungsfähigkeit im Übrigen verbessert werden (Urk. 12/112/76-77). 4.3.5

Aus internistischer Sicht wurde berichtet, die Beschwerdeführerin leide an einem metabolischen Syndrom mit Adipositas, arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II sowie Hyperlipidämie. Ein Teil der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Leistungseinschränkungen sei in der nicht unbeträchtlichen Adipositas (111 kg) zu sehen. Es sei deshalb dringend notwendig, das Gewicht auf 65-70 kg zu reduzieren. Das metabolische Syndrom sei behandelbar und

schränke somit weder die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit in signifikanter Weise ein (Urk. 12/112/38). Aufgrund der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (Stadium I) sowie der venösen Insuffizienz sei die Beschwerdeführerin sodann zumindest in angepassten leichten Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig (Urk. 12/112/39). 4.3.6

Interdisziplinär kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit seit Oktober 2007 nicht mehr arbeitsfähig sei.

Eine angepasste leichte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin jedoch zu 50 % zumutbar (Urk. 12/112/39). Dabei müsse es sich um eine vorwiegend sitzende Tätigkeit handeln mit der Möglichkeit zu gelegentlichem Positionswechsel. Zu vermeiden seien Tätigkeiten, die eine langdauernde Zwangshaltung des Rückens oder des Kopfes erfordern würden. Das Heben der Arme über Schulterhöhe sei ebenfalls zu vermeiden. Kontraindiziert seien Tätigkeiten im Knien, Kauern oder auf unebenem Boden sowie auf Leitern und Gerüsten (Urk. 12/112/41-42). Die Gutachter hielten sodann fest, die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinisch zumutbare Massnahmen verbessert werden. Dringend indiziert sei eine kontinuierliche Gewichtsabnahme auf ein Normgewicht. Ausserdem könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden im LWS-Bereich und in den Kniegelenken durch konservative medizinische Massnahmen reduziert werden könnten. Erfreulicherweise profitiere die Beschwerdeführerin von der Aqua-Fit-Therapie und von den Masssagen, die sie seit einiger Zeit regelmässig in Anspruch nehme. Neben diesen Massnahmen hielten die Gutachter auch

eine gezielte Physiotherapie für die Lendenwirbelsäule als angezeigt. Ziel sei eine Detonisierung und Kräftigung der Rumpfmuskulatur und eine Funktionsverbesserung und Haltungskorrektur im Achsen skelett. Darüber hinaus empfahlen die Gutachter, Therapieformen mit dem Schwerpunkt in der Steigerung der allgemeinen Kraft und der Ausdauer einzuleiten (Urk. 12/112/42). Ausserdem erachteten sie einen orthopädischen Eingriff an der Supraspinatussehne rechts im Hinblick auf eine Verbesserung der

Beweglichkeit am rechten Schultergelenk respektive zur Linderung der Schmerzen als indiziert (Urk. 12/112/44). Stellungnehmend zu den in den Akten liegenden medizinischen Berichten hielten sie fest, ihre Einschätzung decke sich mit derjenigen gemäss rheumatologischem Gutachten vom Mai 2009. Die kardiologische Beurteilung stimme sodann mit jener des behandelnden Kardiologen, Dr. F.\_\_\_\_, überein. Nicht nachvollziehbar seien jedoch die Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_; seine psychiatrischen Diagnosen hätten anlässlich der Begutachtung nicht verifiziert werden können. Ausserdem sei die vom Hausarzt attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit seit dem Jahr 2004 interdisziplinär ebenfalls nicht nachvollziehbar (Urk. 12/112/44). 5. 5.1

Das MEDAS-Gutachten beruht auf den erforderlichen und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden. Die Einschätzung der Gutachter, wonach die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht lediglich noch zu 50 % in angepasster Tätigkeit arbeitsfähig sei, wurde nachvollziehbar sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten begründet. Mithin ist mit den MEDAS-Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ab Oktober 2007 lediglich noch eine leidensangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar ist.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, sie sei entgegen der Einschätzung der MEDAS-Gutachter aufgrund ihrer kardiologischen Beschwerden in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 1 S. 4), kann ihr nicht gefolgt werden. Der kardiologische Gutachter legte nach durchgeführten Testungen nachvollziehbar dar, dass die Leistungsfähigkeit nicht aufgrund kardiologischer Beschwerden, sondern wegen der bestehenden Adipositas eingeschränkt sei (E. 4.3.4). Begründet Fettleibigkeit grundsätzlich keine Invalidität (E. 2.2), gingen die MEDAS-Gutachter zu Recht davon aus, dass dieses Leiden zu keiner versicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt. Die Beurteilung des kardiologischen Gutachters deckt sich im Übrigen mit jener von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie FMH, der in seinem Bericht vom 11. November 2010 (Urk. 12/94) zuhanden der Beschwerdegegnerin dafürgehalten hatte, die Beschwerdeführerin sei aus kardiologischer Sicht normal belastbar und die Arbeitsfähigkeit sei dementsprechend nicht eingeschränkt (Urk. 12/94/7).

Was die Einschränkungen aus psychischer Sicht betreffen, so kann der Einschätzung des MEDAS-Gutachters, wonach aufgrund einer Dysthymie die Arbeitsfähigkeit um höchstens 20 % eingeschränkt sei (E. 4.3.3), aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht gefolgt werden. Rechtsprechungsgemäss kommt eine Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt, nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des IVG gleich. Sie ist somit allein nicht invalidisierend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_33/2014 vom 21. Februar 2014 E. 3.2.3 mit Hinweisen). Legte der psychiatrische Gutachter schlüssig dar, dass entgegen der Beurteilung des behandelnden Psychiaters weder depressive Episoden noch eine Persönlichkeitsstörung vorlägen (E. 4.3.3), bestehen demnach vorliegend keine Anhaltspunkte, dass die Dysthymie ausnahmsweise invalidisierenden Charakter hätte. 5.2

Mithin ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin aufgrund einer Verschlechterung ihres somatischen Gesundheitszustandes seit Oktober 2007 nur noch eine angepasste Arbeitstätigkeit in einem 50%-Pensum zumutbar ist und sie in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5) vermag auch der von ihr eingereichte Bericht des G.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2011 (Urk. 12/139) an dieser Einschätzung nichts zu ändern. Bereits die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des G.\_\_\_\_

ist nicht schlüssig. Einerseits hielten sie dafür, die Beschwerdeführerin sei seit Oktober 2004 vollständig arbeitsunfähig (Urk. 12/139/3, 6), andererseits führten sie aus, sie habe im Jahr 2008 für sechs Monate gearbeitet, was gut gegangen sei (Urk. 12/139/4). Äusserten sich die Ärzte nicht zu dieser Diskrepanz, verbietet es sich schon aus diesem Grunde, auf deren Einschätzung abzustellen. Im Übrigen legten die Ärzte des G.\_\_\_\_

auch nicht dar, gestützt auf welche Diagnosen sie die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsunfähig erachteten. So führten sie lediglich aus, dass aus „WS-chirurgischer“, „orthopädisch-chirurgischer“ und „rheumatologischer“ Sicht eine Arbeitstätigkeit von 50 % zumutbar sei, aus „anästhesistischer“ Sicht jedoch aufgrund muskuloskelettaler und kardiovaskulärer

Komorbidität eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 12/139/6). Aufgrund welcher Diagnosen die Ärzte zu diesem Schluss kamen, hielten sie nicht fest. Sie setzten sich im Übrigen auch nicht mit der Beurteilung der MEDAS-Gutachter, wonach aus

kardiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und aus angiologischer Sicht zumindest eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe, auseinander. 5.3 5.3.1

Die Beschwerdeführerin wandte in der Beschwerdeschrift ein, das MEDAS-Gut achten widerspiegle nicht den aktuellen Gesundheitszustand (Urk. 1 S. 3). Ist das MEDAS-Gutachten im Frühjahr 2011 erstellt worden, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin jedoch bis im März 2014 zu beurteilen (E. 3.1), stellt sich die Frage, ob nach Gutachtenserstellung eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. 5.3.2

Am 23. Januar 2013 resp. 8. Februar 2013 (Urk. 12/155, Urk. 12/157) berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Praxismachfolger von Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 12/127/1), die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierende depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), einer andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.8) mit Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei peripherem Syndrom bei Status nach Spinaldysplasie L5/S1, und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dr. H.\_\_\_\_ führte zwar aus, der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert (Urk. 12/155/4). Ist der

von Dr. H.\_\_\_\_

erhobene Befund jedoch exakt derselbe wie jener gemäss Bericht vom 1. August 2010 (E. 4.2; vgl. Urk. 12/86/3 und Urk. 12/155/4), ist eine Veränderung nicht ersichtlich und liegt lediglich eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor, zumal Dr. H.\_\_\_\_ die genannten psychischen Störungen als seit Behandlungsaufnahme - mithin seit November 2006 - bestehend bezeichnete (Urk. 12/155/2-3). Hatten die MEDAS-Gutachter aber eingehend zum Bericht vom 1. August 2010 Stellung genommen und nachvollziehbar dargelegt, dass abgesehen von einer Dysthymie keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne, kann auf die (unveränderte) Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass das Gericht der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte (so etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 21. Februar 2005, I 570/04, E.

5.1 mit Hinweisen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung tragen soll und darf (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Mithin ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Nachgang zur MEDAS-Begutachtung nicht in relevanter Weise verschlechtert hat. 5.4

Zusammenfassend ist somit gestützt auf das MEDAS-Gutachten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführerin ab Oktober 2007 noch eine angepasste Arbeitstätigkeit in einem 50%-Pensum zumutbar ist, in der angestammten Tätigkeit jedoch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht. 6. 6.1 6.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

## E. 7

Abs. 2 ATSG).

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 8.1**

Da vorliegend die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss §

### **E. 8.2**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 8.3**

Die Beschwerdeführerin ist auf §

## **E. 12**

/29), es liege eine unklare Ischialgie ohne Hinweis auf eine Kompression neuraler Strukturen vor. Bis Ende März 2006 bestehe noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Danach sei eine Arbeitsaufnahme mit einem Pensum von 50 % in einer körperlich leichten Tätigkeit realistisch (Urk. 12/29/1). Einen Status nach Repositionsspondylodese L5/S1 bei Spondylolyse mit Listhesis L5/S1 mit persistierender Lumboischialgie beidseits, eine PHS der linken Schulter mit Schmerzen bei Abduktion und Rotation sowie eine Stammvarikosis an beiden Beinen diagnostizierend hielt demgegenüber Dr. Y.\_\_\_\_ am 16./26. April 2006 (Urk. 12/33) jegliche Tätigkeit für nicht mehr zumutbar (Urk. 12/33/ 4 ). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2006 (Urk. 12/34/2) dafürgehalten hatte, dass sich der medizinische Sachverhalt seit der rentenabweisenden Verfügung nicht erheblich verändert habe (Stellungnahme vom 7. Juni 2006, Urk. 12/34/2), wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 15. September 2006 erneut ab

(Sachverhalt E. 1.1). 4. 4.1

Zu den von der Beschwerdegegnerin nach der erneuten Anmeldung vom 9. Mai 2008 eingeholten medizinischen Berichte zum physischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dem veranlassten rheumatologischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ erwog das hiesige Gericht mit Urteil vom 14. März 2010 (Urk. 12/85), diese Unterlagen liessen keine abschliessende Beurteilung der gesundheitsbedingten Einschränkungen zu. Zwar erhelle sich, dass die Beschwerdeführerin an vielfältigen gesundheitlichen Problemen leide. Wie weit sie dadurch in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, lasse sich den verfügbaren Akten indes nicht mit der erforderlichen Klarheit entnehmen (Urk. 12/85 E. 4.1). Die Sache wurde deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin weiter abkläre. Darauf kann verwiesen werden (Urk. 12/85 E.

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 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 ent hal ten; 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 HurstF. Brühwiler

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