

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00379 vom 28. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00379](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00379)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00379 du 28 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00379 del 28 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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**

Für die Bejahung eines Rentenanspruches im Rahmen einer Neuanschuldung nach vorausgegangener rechtskräftiger Verneinung wird analog zur Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades verlangt (BGE 130 V 71, 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2 mit Hinweisen). Die Frage, ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der letzten materiellen rentenverweigernden rechtskräftigen Verfügung mit demjenigen zur Zeit des auf die Neuanschuldung hin ergangenen Entscheides (BGE 130 V 64 E. 2 mit Hinweis, 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei ist zu beachten, dass Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gibt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 371 E. 2b; vgl. auch BGE 133 V 545 E. 6.1, 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Praxisgemäss darf das Gericht Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuer kennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/bb). 2.

#### **E. 2**

Hiegegen erhob X.\_\_\_\_ am 1. April 2016 Beschwerde und beantragte, ihr sei eine „volle“ Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. April 2016 (Urk. 4) auf Abweisung der Beschwerden, was der Beschwerdeführerin am 2. Mai 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im ablehnenden Entscheid (Urk. 2) gestützt auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ AG vom 7. November 2015 auf den Standpunkt, dass sich seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 29. Januar 2014 der Sachverhalt im Wesentlichen unverändert zeige. Es lasse sich weiterhin keine andauernde Arbeitsunfähigkeit ableiten. Eingliederungsmassnahmen seien nicht gewünscht und therapeutische und berufsintegrative Bemühungen nicht ausgeschöpft. Weiterhin bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen.

#### **E. 2.2**

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 2. S. 3 f.) , im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ werde das Bild einer schweren Depression aufgezeigt und die Klinik habe wegen der schweren Depression eine Rehabilitationsbehandlung abgelehnt. Der psychiatrische Befund aus dem Jahr 2014 stelle eine Verschlechterung gegenüber dem Jahr 2013 dar. Die Gutachterin setze sich mit dem Befund nicht auseinander und habe Sprachbarrieren bei den Testuntersuchungen beklagt, ohne dagegen etwas unternommen bzw. eine Übersetzerin beigezogen zu haben. Auch die beklagte mangelnde Dokumentation der bisherigen psychiatrischen Behandlung sei durch die Gutachterin nicht behoben worden, weshalb das Gutachten auf ungenügenden Informationen beruhe (S. 5). Das Gutachten sei als Grundlage für den Rentenentscheid nicht tauglich (S. 6). 3. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich der Gesundheitszustand bzw. dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, seit der rechtskräftigen Leistungsverweigerung vom 29. Januar 2014 (Urk. 5/43 ) bis zum Erlass der vorliegenden angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 (Urk. 2) dergestalt verändert haben, dass der Beschwerdeführer nun eine Invalidenrente zusteht. 3.2

Der abschlägige Entscheid vom 29. Januar 2014 (Urk. 5/43 ) erging gestützt auf die folgende n medizinische n Akten: 3.2.1

Die die Beschwerdeführerin seit Mai 2012 behandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 26. März 2013 (Urk. 5/17/1-4) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F 32.1). Sie erwähnte, die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseins klar, allseits orientiert und der Gedankengang sei formal in Ordnung, inhaltlich auf die aktuelle Lebenssituation mit Stellenverlust und Angst vor der Zukunft eingeeengt. Die Aufmerksamkeit und Konzentration sei vermindert, und affektiv sei sie deprimiert, hoffnungslos, ängstlich und gereizt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Wahn- Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Sie gehe drei mal wöchentlich in die Tagesklinik; danach sei durch die IV-Stelle die Wiederintegration vorzunehmen. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 26. Mai 2012 attestiert. 3.2.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, welcher die Beschwerdeführerin im Auftrag der Krankentaggeldversicherung SWICA untersuchte, stellte im Bericht vom 8. August 2012 (Urk. 5/7/6-10) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F 32 . 1). Er hielt fest, es sei davon auszugehen, dass es bereits seit über zwei Jahren zu einer erlebnisreaktiven depressiven Entwicklung nach Kinderlosigkeit und Verlassenwerden durch den Ehemann gekommen sei. Auf dieses Gefühl der Benachteiligung und Wertlosigkeit habe ein Konflikt am Arbeitsplatz zu einem erneuten Erleben von Wertlosigkeit, Benachteiligung, Demütigung und Kränkung geführt, so dass es zu einer akuten Belastungsreaktion beziehungsweise in der Folge zu einer Anpassungsstörung gekommen sei. Diese sei nunmehr in eine mittelgradige depressive Phase übergegangen. Auf grund mittelgradiger Antriebs-, Denk- und Affektstörungen bestehe gegenwärtig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5/7/9) 3.2.3

Die Ärzte der Integrierten Psychiatrie E.\_\_\_\_ berichteten über die Hospitalisation vom 14. Januar bis 7. März 2013 (Urk. 5/21/1-5) und hielten fest, es seien ausgeprägte depressive Symptome wie Antriebslosigkeit, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und Konzentrationsstörungen vorhanden, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit beeinflussten. Sie leide unter sozialen Ängsten und an Schmerzen in beiden Händen, deren Schwankungen in der Schmerzintensität sich auf Konzentration und Stimmung auswirkten. Die depressive Symptomatik führe zu einer schnelleren Ermüdbarkeit und zudem erschwerten die sozialen Ängste den Kontakt zu den Mitmenschen. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum des stationären Aufenthaltes attestiert (Urk. 5/21/4). 3.2.4

Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher im Auftrag der SWICA am 6. Juni 2013 eine Untersuchung durchführte, beschrieb im Gutachten vom 20. August 2013 (Urk. 5/26/4-18) als psychiatrischen Befund (Urk. 5/26/10 f.), die Beschwerdeführerin sei mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, unter anderem dem Zug, zum Untersuchungstermin gekommen und habe zirka eine Stunde Fahrzeit benötigt. Sie sei gepflegt, etwas mädchenhaft gekleidet; der Ernährungszustand sei adipös, sie sei bewusstseinsklar und zu den Qualitäten zur Person, Situation, Ort und Zeit vollständig orientiert. Sie wirke in sich gekehrt; die Antworten seien meist sehr einsilbig, die Stimmung durchgehend deprimiert und nicht auflockerbar. Der Gedankengang sei geordnet, inhaltlich auf negative Themen eingeeengt und die affektive Schwingungsfähigkeit und die mimische Beweglichkeit seien in ihrem Spektrum fast vollständig erschollen. Gestische Mitbewegungen habe sie nur sehr

selten eingesetzt und die überwiegende Zeit der Exploration sei sie abgewendet gewesen, ohne Blickkontakt aufzunehmen. Die Untersuchungssituation sei weder durch Ängste, Phobien, Zwänge noch durch paranoide Ideen beeinträchtigt gewesen. Die Auffassung für die besprochenen Themen sei intakt und die Ausdauer und Konzentration leicht reduziert und der Antrieb herabgesetzt gewesen. Eine akute Suizidalität habe nicht bestanden. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) auf und vermerkte, aktuell sei aufgrund der Schwere der depressiven Symptome die Belastbarkeit für Tätigkeiten von wirtschaftlichem Wert auf nicht absehbare Zeit aufgehoben und es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5/26/14 f.). 3.2.5

In seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2013 (Urk. 5/27/4) führte der regionale ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin aus, die Beschwerdeführerin habe aufgrund eines Arbeitsplatzkonfliktes ein Kränkungsereignis mit depressiver Reaktion entwickelt. Es sei eine fachpsychiatrische Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ mit verlaufsentsprechender Anpassung der antidepressiven Medikation erfolgt, und laut telefonischer Auskunft sei die Beschwerdeführerin nach dem Zeitpunkt der letzten Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 16. September 2013 nicht mehr psychisch krank gewesen. Die Therapie sei inzwischen beendet worden, da die Beschwerdeführerin weiterhin darauf bestanden habe, krankgeschrieben zu werden. Eine tagesklinische Behandlung habe ebenfalls nichts gebracht. Die Beschwerdeführerin habe ein ausgeprägtes Rentenbegehren und werde alle Mittel einsetzen, um eine IV-Rente zu erhalten. Es liege spätestens ab Oktober 2013 kein Gesundheitsschaden mehr vor. Für den vorgängigen Zeitraum sei ein depressives Störungsbild dokumentiert, das aber allenfalls anfangs als mittelgradig, nach kurzer Dauer aber bereits als leichtgradig einzustufen sei, so dass aus medizinischer Sicht von einer Überwindbarkeit auszugehen sei und ein andauernder Gesundheitsschaden über ein Jahr nicht vorliege. 3.3

### 3.3.1

Im Bericht der Uniklinik G.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2014 (Urk. 5/49/9), welcher im Zusammenhang mit dem Neuanmeldeverfahren eingegangen war, führte der zuständige Arzt aus, eine Magnetresonanz- (MR) Untersuchung beider Hände habe eine geringe Synovitis radiocarpal, ulnocarpal, mediocarpal und in den Meta-Carpo-Phalangeal-Gelenken (MCP) II, III und V beider Hände ergeben. Diese diskreten Synovitiden seien nicht suspekt für eine rheumatoide Arthritis oder eine sonstige chronisch entzündliche Veränderung. Aufgrund der bekannten Raynaud-Symptomatik der Hände seien Synovitiden gut vereinbar mit einer Kollagenose. 3.3.2

Im Bericht des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, vom 17. April 2014 (Urk. 5/49/1-4) erwähnte der zuständige Arzt, die Zuweisung sei zur Kapillarmikroskopie bei Raynaud-Phänomen und zur fachärztlichen Zweitmeinung, vor allem der MR-tomografisch festgestellten Synovitiden, erfolgt. Die Beschwerdeführerin berichte, seit zehn Jahren an Schmerzen der ganzen Hände beidseits zu leiden, mit Steifigkeitsgefühl, diffuser Schwellung, intermittierenden Missempfindungen und Hyposensibilitäten, begleitet von Blockaden einzelner Finger in fixierter Position. Es wurde festgehalten, die Röntgenbilder der Hände und des Thorax hätten einen Normalbefund gezeigt, und es seien keine Anhaltspunkte für eine entzündlich rheumatische Erkrankung zu finden, insbesondere nicht für ein gelenkdestruierendes Leiden bei nun über zehnjähriger Leidensgeschichte und unauffälliger konventioneller Bildgebung. Die Beschwerden seien

im Rahmen eines funktionellen Thoracic-Outlet-Syndroms zu sehen. Die ulnarbetonte Schmerzkomponente sei typisch für die Reizung des unteren Plexusanteils auf dem Rippenthorax, wobei sich klinisch kein Hinweis für eine zervikoradikuläre Komponente ergeben habe. Die Raynaud-Symptomatik sei durch den Nikotinkonsum erklärt, und in der Kapillarmikroskopie sei keine organische Mikroangiopathie im Sinne einer Kollagenose gesehen worden. Die Beschwerden im Bereich der Schultergürtelmuskulatur, Entesen und Wirbelsäule seien begünstigt durch einen chronischen Vitamin D-Mangel. Hier sei eine Dauertherapie in ausreichender Dosis indiziert. Die zweimalig positive Borrelienserologie entspreche einer Seronarbe nach Kontakt mit dem Erreger, könne das aktuelle Beschwerdebild aber nicht erklären. 3.3.3

Am 13. Oktober 2014 berichtete der zuständige Arzt des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_ (Urk. 5/62), die Beschwerdeführerin gebe an, es gehe ihr seit der ersten Konsultation in keiner Weise besser. Zwischenzeitlich sei eine ambulante Physiotherapie eingeleitet worden, und es werde Heimgymnastik durchgeführt. Eine schrittweise Intensivierung der körperlichen Belastung sei nicht möglich gewesen. Im Status hätten sich keine synovitischen Veränderungen gezeigt. Die Muskulatur sei nicht druckdolent und die Laboruntersuchungen hätten keine humorale entzündliche Aktivität ergeben. Der Vitamin D-Spiegel sei in den tiefen Normbereich angestiegen und die Harnsäure sei weiterhin leicht erhöht. Nachdem keine Intensivierung möglich sei, scheine das ambulante physiotherapeutische Setting zu scheitern. Nach wie vor gebe es keine relevanten Hinweise für eine entzündliche rheumatische Erkrankung. Bei der vorliegenden Polymedikation frage sich, wie weit diese für das Beschwerdebild mitverantwortlich sei. 3.3.4

Anlässlich eines Vorgesprächs vom 11. Februar 2015 (Urk. 5/70) zur Behandlung in der Klinik B.\_\_\_\_ berichtete die zuständige Ärztin, die Beschwerdeführerin zeige das Bild einer schweren depressiven Episode. Sie sei im Affekt kaum schwingungsfähig, mit starker Antriebsarmut und Verlust von Vitalgefühlen. Zudem wirke sie stark kraftlos und müde. Die Angaben seien in knappen Sätzen dargelegt und wenig informativ. Aufgrund der Schwere der Erkrankung sei das multimodale Programm der Klinik B.\_\_\_\_ überfordernd und könne zu einer Destabilisierung des derzeitigen Zustandes führen. Deshalb sei derzeit keine Indikation für eine psychosomatische Rehabilitation in der Klinik zu sehen. 3.3.5

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wies im Formularbericht vom 20. April 2015 (Urk. 5/76) auf die Behandlung der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2013 hin. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne eindeutige psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängig-asthenischen Anteilen (ICD-10 F61). Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an wiederkehrenden Depressionen, und hinzu komme die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Die Prognose erscheine aufgrund der Komorbidität und der Chronifizierung als unsicher, und es bestehe seit mindestens Mai 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.3.6

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten MEDAS Gutachten der A.\_\_\_\_AG vom 7. November 2015 (Urk. 5/92/1-91), beruhend auf allen internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 12. Oktober 2015, wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 43):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden, dependenten Zügen (ICD-10 F 60.9)  
3.3.6.1

Zur Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht äusserte der Sachverständige, es hätten sich keinerlei akten- oder befundmässige Hinweise für eine somatische Ursache für die geklagte Müdigkeit ergeben. Aus dieser Sicht sei die Beschwerdeführerin, abgesehen von ihrem massiven Übergewicht, in altersentsprechendem, normalem Gesundheitszustand und es bestünden keine Funktionseinschränkungen (S. 9 f.). 3.3.6.2 Der orthopädische Sachverständige hielt fest (S. 20 f.), die Untersuchung habe zwar subjektiv eine Befindlichkeitsstörung im Bereich der oberen Extremitäten ergeben, allerdings sei klinisch keine Funktionsstörung fassbar. Es sei keine Gefühlsminderung, keine Bewegungseinschränkung von Händen und Fingern und auch keine erkennbare Muskelminderung objektivierbar. Hinweise auf eine rheumatische Grunderkrankung seien nicht zu sehen, und diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin bereits in der Rheumaklinik I. \_\_\_ (Universitätsspital Z. \_\_\_) umfassend untersucht worden. Die Röntgenbilder der Hände seien völlig bland gewesen, und es seien lediglich bei der kernspintomografischen Untersuchung dezente Reizzustände vereinzelter Handwurzelgelenke festgestellt worden. Diese seien klinisch in keiner Weise apparent und bedingten auch keine Funktionseinschränkung. Auch die Feindurchblutung der Hände sei nicht gestört gewesen (Kapillarmikroskopie). Dem durch das Universitätsspital Z. \_\_\_ postulierten Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) aufgrund eines positiven Adson-Tests, der subjektiv angegebenen Missempfindung beider Arme sowie der beklagten Schwellung könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht gefolgt werden. Das TOS sei eine seltene Krankheitsentität, die aufgrund eines Engpasses für das Halsnervengeflecht und die am seitlichen Halsdreieck verlaufenden Gefässe zu Beschwerden und Ausfällen im betroffenen Arm führen könne. Es handle sich in ca. 95% der Fälle um nervenbedingte und zu 5% um gefässbedingte

Störungen. Die Schmerzen seien überwiegend bei Belastungen vorhanden (Überkopfarbeiten, Tragen schwerer Gegenstände) und liessen bei Beenden der Tätigkeit nach. Allein anamnestisch seien, da die Beschwerdeführerin Armschmerzen persistierend Tag und Nacht beklage, die diffusen Beschwerdeangaben schon untypisch für ein solches Krankheitsbild. Ein lang anhaltendes TOS führe auch zu objektivierbaren Ausfällen von Funktionen der oberen Extremität, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei. Es bestehe weder eine objektivierbare Sensibilitätsstörung noch eine muskuläre Schwäche. Insbesondere seien aber die diagnoseweisenden klinischen Tests sämtlich negativ. Der als positiv beurteilte Adson-Test könne nicht bestätigt werden. Dieser sei beidseits negativ und im Übrigen seien auch weder am Achsenorgan noch im Bereich der unteren Extremitäten invalidisierende Funktionsstörungen objektivierbar. Auf

orthopädischem Fachgebiet bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 3.3.6.3 Aus psychiatrischer Sicht berichtete die zuständige Sachverständige (S. 31 f.), die Beschwerdeführerin sei pünktlich, ohne Begleitung mit dem Zug angereist und habe während der Untersuchung ihre Winterjacke anbehalten. Sie sei ruhig, fast bewegungslos im Stuhl gesessen und habe während der gesamten Untersuchung den Blick konstant auf die Tischplatte gesenkt gehalten. Den Fragen habe sie aufmerksam zugehört und eine nachlassende Konzentrationsfähigkeit sei nicht festgestellt worden. Die Fragen habe sie

leise und einsilbig beantwortet. Äusserlich sei sie gepflegt gekleidet und es hätten sich keine Hinweise auf Vernachlässigung ergeben. Der formale Gedankengang sei sicher, geordnet aber verlangsamt und Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen, Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen hätten nicht bestanden. In der Stimmungslage habe sie herabgesetzt gewirkt, wobei im Vordergrund die nahezu aufgehobene affektive Schwingungsfähigkeit, die psychomotorische Hemmung mit nahezu aufgehobener Mimik und Gestik sowie der fehlende Blickkontakt während der Exploration gestanden seien (S. 32). Unter Berücksichtigung der Beobachtungen, die während der Untersuchung möglich gewesen seien, sei nicht der Anschein einer schweren depressiven Episode erweckt worden. Beim Ausfüllen der Fragebögen sei aufgefallen, dass sie durchaus Aufgaben strukturieren können, flexibel gewesen sei und auch Fragen stellen können, so dass ihre Urteilsfähigkeit nicht in dem Masse beeinträchtigt gewesen sei, wie sie zunächst den Eindruck vermittelt habe (S. 38). Im Vordergrund des psychopathologischen Befundes stünden die Antriebsstörung, der Interessenverlust und der soziale Rückzug. Kognitive Funktionsstörungen, ein Einengen der Gedanken, Gedankenkreisen und selbstabwertende Kognitionen hätten sich nicht eruieren lassen und seien auch bei der Untersuchung nicht beobachtet worden. Im Verlauf der Erkrankung habe neben der depressiven Symptomatik eine somatoforme Schmerzstörung eine zunehmend grössere Bedeutung erlangt und das Vermeidungsverhalten und den Rückzug verstärkt. Sowohl in der Anamnese als auch bei der aktuellen Exploration seien Hinweise auf erlebnisreaktive Anteile der depressiven Symptomatik, erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren und ein aktueller Partnerkonflikt vorhanden. Das Ausmass der angegebenen Funktionseinschränkungen stehe im Widerspruch zu den bisher in Anspruch genommenen Therapiemassnahmen. So sei die bereits im Jahr 2014 vorgeschlagene Intensivierung der psychiatrischen Behandlung durch eine stationäre oder teilstationäre Behandlung nicht in Anspruch genommen worden und berufliche Eingliederungsmassnahmen seien von Anfang an nicht gewünscht gewesen (S. 38). 3.3.6.4

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Experten fest (S. 43 f.), die Beschwerdeführerin habe sich nach ihrer abrupten Entlassung vom langjährigen Arbeitsplatz im Mai 2012 wegen Fehlverhaltens erstmals wegen einer depressiven Episode, die sich im Rahmen psychosozialer Belastungen und einem Arbeitsplatzkonflikt zur Behandlungsbedürftigkeit entwickelt habe, in ambulante psychiatrische Behandlung begeben. Es seien im Verlauf seither unterschiedliche Serotonin-Wiederaufnahmehemmer verordnet worden. Im Januar 2013 sei erstmals eine schwere depressive Episode festgestellt worden, wobei im Rahmen einer stationären Behandlung eine Teilremission eingetreten sei. Unter Berücksichtigung aller Beobachtungen, die während der Untersuchung möglich gewesen seien, hätten die Kriterien nicht den Anschein einer schweren depressiven Episode erweckt. Es sei nicht nur der Psychiaterin aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin durchaus flexibel sei, habe Fragen stellen können und um deren Beantwortung bemüht gewesen sei, so dass ihre Urteilsfähigkeit nicht in dem Masse beeinträchtigt sei, wie dies zunächst den Eindruck erweckt habe. Aus somatisch-orthopädischer Sicht könnten die bisherigen ärztlich in Erwägung gezogenen Diagnosen und die daraus abgeleiteten Einschränkungen nicht bestätigt werden. Es bestehe bei der Beschwerdeführerin, wie es der klinische Gesamteindruck habe erwarten lassen, eine volle körperliche Funktionsfähigkeit. 3.3.7

Im Bericht der MEDAS vom 22. Dezember 2015 (Urk. 5/101), welcher auf Nachfragen der Beschwerdegegnerin und im Zusammenhang mit der Indikationsprüfung gemäss

Rechtsprechung des Bundesgerichts erfolgte, erläuterte der zuständige Sachverständige zu Schwere und Ausprägung der objektiven Befunde, es sei aus psychiatrischer Sicht zwar ein gehemmt depressives Zustandsbild mit nahezu aufgehobener affektiver Schwingungsfähigkeit gezeigt worden. Die Kriterien für eine schwere depressive Episode seien jedoch dabei als nicht erfüllt erschienen. Auch die somatischen Teilgutachter hätten Inkonsistenzen festgestellt. So habe die Beschwerdeführerin beim Orthopäden trotz ihrer angeblich schweren Einschränkungen die Hände offensichtlich ohne Funktionsverluste gebrauchen können. Die von den behandelnden Ärzten monierten kognitiven und mnestischen Einschränkungen hätten durch das Verhalten am Tag der Untersuchung widerlegt werden können. Die Beschwerdeführerin habe alleine nach Wattwil reisen können, und dies sei ihr offensichtlich auch von ihrem Umfeld zugemutet worden. Sie sei trotz sehr zurückhaltender und äusserst knapper Auskünfte imstande gewesen, gegen Ende der Untersuchung unvermittelt präzise Antworten zu geben. Aufgrund des der Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben verordneten „Sammelsuriums“ von Psychopharmaka, welches von keinem Psychiater so gemeint sein könne beziehungsweise nicht lege artis sei, sei ausnahmsweise eine Serumspiegelbestimmung veranlasst worden. Die bei den gemessenen Substanzen vorgelegenen Werte seien derart tief gewesen, dass an einer zuverlässigen Einnahme gezweifelt werden müsse. Es liege seitens der behandelnden Psychiater keine Aussage vor, wonach die therapeutischen und berufsintegrativen Bemühungen erschöpft seien. Vielmehr scheine es sich aktuell um eine minimale Therapieadhärenz mit dem einzigen Motiv zu handeln, den Krankenstatus so lange wie nötig aufrecht zu erhalten.

Die Beschwerdeführerin verfüge über gute persönliche Ressourcen, sei normal intelligent, sehr berufserfahren und gut in der Schweiz integriert, verfüge über eine normale Biografie, jedenfalls frei von aussergewöhnlichen, schweren Traumatisierungen. Aus dem Abwägen der Schwere und Ausprägung des depressiven Leidens, welches wesentlich durch eine unglückliche Partnerschaft und die häusliche Konfliktlage bestimmt sei, und der persönlichen Ressourcen ergebe sich keine Begründung für eine andauernde Arbeitsunfähigkeit. 4. 4.1

Im Rahmen ihrer Kritik am MEDAS Gutachten brachte die Beschwerdeführerin vor, der rheumatologische Gutachter habe seine Abweichungen gegenüber den Berichten der Uniklinik nicht begründet (Urk. 1 S. 4). Dies trifft insofern nicht zu, als sich der orthopädische Sachverständige sowohl mit der Berichterstattung der Uniklinik G.\_\_\_\_ (E. 3.3.1 hiervon) als auch mit den Berichterstattungen des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_, die von der Beschwerdeführerin als Zweitmeinung eingeholt worden waren (E. 3.3.2 und E. 3.3.3), auseinandergesetzt hat. Der Gutachter begründete dabei einlässlich, weshalb die Diagnose eines TOS weder anamnestisch noch klinisch bestätigt werden können (vgl. 3.3.6.2 hiervon). Im Weiteren wurde weder in der Berichterstattung der Uniklinik G.\_\_\_\_ noch in jener des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der im Gutachten aus somatischer Sicht attestierten 100%igen Restarbeitsfähigkeit steht damit auch keine andere konträre Ansicht entgegen. 4.2

Nichts abzugewinnen ist der Rüge, die psychiatrische Teilgutachterin habe trotz erkannter „Sprachbarriere“ keine Übersetzerin beigezogen (Urk. 1 S. 5). Hierzu ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin bereits im Jahr 1990 in die Schweiz eingereist war, seit März 2003 eingebürgert ist (vgl. Urk. 5/1) und sich auch sonst aus den Akten keine Anhaltspunkte für eine sprachliche Verständigungsproblematik ergeben. Die spärlichen Angaben und

Auskünfte der Beschwerdeführerin anlässlich der medizinischen Abklärungen gründen denn offensichtlich auch nicht in einem sprachlichen Unvermögen, sondern im psychischen Störungsbild. Bereits Dr. F.\_\_\_\_ konnte bei seiner Untersuchung vom 6. Juni 2013 ein in sich gekehrt es Verhalten mit sehr einsilbigen Antworten und durchgehend deprimierter und nicht auflockerbarer Stimmung feststellen, wobei auch dort festgehalten wurde, dass sich die Beschwerdeführerin während der Untersuchung die meiste Zeit ohne Blickkontakt abgewendet habe (vgl. E. 3.2.4).

Ein nahezu identisches Beschwerdebild zeigte sich anlässlich der MEDAS-Begutachtung. Hierbei konnte in der somatischen und insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin ruhig, fast bewegungslos im Stuhl gesessen sei und während der gesamten Untersuchung den Blick konstant auf die Tischplatte gesenkt gehalten und die Fragen nur leise und einsilbig beantwortet habe (vgl. 3.3.6.3 ). Nachdem aber bereits Dr. F.\_\_\_\_ diesen Zustand lediglich einer mittelgradigen Symptomatik zuschreiben konnte, davor auch Dr. D.\_\_\_\_ (E. 3.2.2) und auch die damals behandelnde Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.2.1.) zur gleichen Diagnose gelangt waren, ist nachvollziehbar, dass bei weitgehend gleichen psychiatrischen Untersuchungsbefunden anlässlich der MEDAS-Begutachtung die Symptomatik keiner höhergradigen (schweren) Depression zugeschrieben wurde. Im Gutachten wurde auch überzeugend dargelegt, dass aufgrund verschiedener Umstände — die Beschwerdeführerin war in der Lage, ohne Begleitung und pünktlich mit dem öffentlichen Verkehr anzureisen, erschien äusserlich gepflegt, ohne Hinweise auf Vernachlässigungen, zeigte beim Ausfüllen der Fragebögen ein flexibles Verhalten und ein strukturiertes Vorgehen mit Nachfragen — sich nicht der Anschein einer schweren depressiven Episode ergeben hat (E. 3.3.6.4 hiervor).

Anderslautende Befunde sind dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen, und der Bericht äussert sich auch nicht zur Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.3.4). In Bezug auf die Berichterstattung des behandelnden Psychiaters Dr. H.\_\_\_\_ fällt auf, dass dieser rückwirkend ab Mai 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (E. 3.3.5). Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beschlägt damit einen Zeitraum, in welchem bereits rechtskräftig erkannt wurde, dass die psychische Symptomatik keine Arbeitsunfähigkeit begründet. Auffallend ist auch, dass der Behandlungsbeginn in den gleichen Zeitraum fällt , in dem die Therapie bei der früheren Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ beendet wurde, weil diese nicht mehr bereit war , die Beschwerdeführerin krank zu schreiben (E. 3.2.5 hiervor) . Die attestierte Arbeitsunfähigkeit kann damit nicht einem veränderten Gesundheitszustand zugeschrieben werden, sondern stellt eine andere Beurteilung des Bis herigen dar, was in revisionsrechtlicher Hinsicht unbeachtlich ist (E. 1.2 hiervor). 4.3

Das MEDAS Gutachten vom 7. November 2015 erfüllt auch sonst sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (E. 1.4 hiervor), beruht dieses doch auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 5/92/2-5, Urk. 5/92/11-14 und Urk. 5/92/22-27 ) abgegeben. Die Gutachter nahmen zu früheren medizinischen Beurteilungen Stellung (Urk. 5/92/20-21 ) und erhoben detaillierte Befunde und nachvollziehbare Diagnosen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt und die Gutachter setzten sich hinreichend mit diesen auseinander. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. 4.4

Zusammenfassend ergibt sich damit, dass nach der Neuanmeldung vom 7. Juli 2014 aus somatischer Sicht keine neuen gesundheitlichen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hinzugekommen sind. Aus psychiatrischer Sicht weisen die aktuellen Untersuchungsbefunde gegenüber jenen, wie sie im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungsabweisung vom 29. Januar 2014 vorgelegen hatten, auf ein weitgehend identisches bzw. unverändertes Beschwerdebild hin. Eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen respektive ein Revisionsgrund liegt damit nicht vor. 4.5

Dass die Gutachter bei gleicher Befundlage das Beschwerdebild neben der depressiven Symptomatik auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeordnet haben, vermag daran nichts zu ändern. Selbst bei Annahme eines Revisionsgrundes und umfassender Neuprüfung des psychischen Beschwerdebildes nach der (geänderten) bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung

( BGE 141 V 281 ) läge keine (rentenbegründende) Invalidität vor. 4.5.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2). 4.5.2

Die vom Internisten und Orthopäden der MEDAS detailliert erhobenen Untersuchungsbefunde waren grundsätzlich unauffällig (E. 3.3.6.1 und E. 3.3.6.2). Eine relevante Komorbidität bestand damit nicht, wohl aber eine Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den internistischen und orthopädischen Befunden. Die psychiatrische Gutachterin

der MEDAS befasste sich mit der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin und nahm ausführlich Stellung

zum sozialen Kontext mit dem Hinweis auf erlebnisreaktive Anteile und erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (Konflikt am Arbeitsplatz mit ungerecht empfundener Kündigung und Konflikte in der Partnerschaft). Zum Aspekt der Konsistenz ergibt sich, dass die Darstellung der Beschwerdeführerin betreffend Aktivitätsniveau im Widerspruch zu den objektiv erhobenen Untersuchungsbefunden stand, wobei in den Selbstbeurteilungsskalen fast durchgehend Extremwerte ankreuzt wurden (Urk. 5/92/41 und Urk. 5/92/44). Sodann wurde auch auf Inkonsistenzen angesichts der monierten somatischen Einschränkungen einerseits und der bedarfsweise möglichen Fähigkeiten im Alltag und während der jeweiligen Untersuchungen hingewiesen (Urk. 5/92/45 und E.

3.3.7).

Insgesamt zeitigten die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die rezidivierende depressive Störung

(zu den Zweifeln an der zuverlässigen Einnahme der Antidepressiva und zur fehlenden Behandlungsresistenz [vgl. zum Ganzen etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.3 und 4.4 mit Hinweisen] siehe Urk. 5/92/39) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

4.6

Von weiteren Abklärungen

(vgl. Urk. 1 S. 6) sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b)).

Nach dem Gesagten erweist sich die Verfügung vom 1. März 2016 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerden führt. 5.

Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig, wobei die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden.

Entsprechend dem Verfahrensausgang sind die ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzenden Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

**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).

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