

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00290 vom 1. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00290

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00290 du 1 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00290 del 1 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung , I VV), 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 Hin weis). Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinwei sen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, nach der rentenablehnenden Verfügung vom 27. Mai 2009 habe die Beschwerdeführerin im Mai 2013 als Beifahrerin einen Auffahrunfall erlitten.

Indes sei sie in einer angepassten Verweistätigkeit weiter hin zu 100 % arbeitsfähig. Der Unfall habe keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung generiert. Die psychiatrische Diagnose schränke die Arbeitsfähigkeit nur kurzfristig bzw. vorübergehend

zu 50 %

ein. Die Beschwerdeführerin habe denn auch nur eine ambulante und nie eine stationäre Therapie wahrgenommen. Der Gesundheitszustand habe sich somit nicht verschlechtert. Da ihr Ehemann verunfallt sei, sei der Erwerbsanteil neu auf 90 % statt 54 % festzulegen. Während in diesem Bereich keine Einschränkung bestehe, sei sie im Haushaltsbereich um 18,25 % eingeschränkt. Bei entsprechender Gewichtung resultiere ein Gesamtinvaliditätsgrad von 2 %. Berufliche Massnahmen seien keine angezeigt, da die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2007 nicht mehr arbeite

(Urk. 2). 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, ihre psychische Situation habe sich nach dem Jahr 2009 durch den Autounfall und ihre Krebserkrankung verschlimmert. Zudem habe die Beschwerdegegnerin die Qualifikation geändert. Gemäss

Z.____-Gutachten bestünden wegen der angeschlagenen Wirbelsäule selbst in leichten Tätigkeiten wesentliche Einschränkungen, wobei die

theoretisch zumutbaren Tätigkeiten noch zu erproben seien. Auch sei die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 %

vorwiegend aus psychischen Gründen nicht nur vorübergehend, zumal sie seit dem Jahr 2013 in diesem Masse beeinträchtigt und eine Änderung nicht absehbar sei.

Vielmehr noch habe die D.____ eine Verschlechterung ihres Zustandes nach der Begutachtung festgestellt, indem diese im November 2015 eine schwere depressive Episode diagnostiziert und ihr von November 2016 bis Januar 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Insofern bedürfe es eines Verlaufsgutachtens. Dies gelte ferner auch mit Bezug auf das nicht abgeklärte Krebsrezidiv.

Im Übrigen habe die Beschwerdegegnerin hinsichtlich einer stationären Therapie nie ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt. Schliesslich sei die angefochtene Verfügung in sich widersprüchlich, wenn im Erwerbsbereich eine Einschränkung verneint, im Haushaltsbereich jedoch eine solche von 18,25 % veranschlagt werde, obschon sie in diesem Bereich weniger beansprucht werde und familiäre Unterstützung erfahre (Urk. 1).

2. 3

Streitig ist somit, ob sich in diesem Fall einer Neuanmeldung der Sachverhalt in der Zeit zwischen der ersten rentenablehnenden Verfügung vom 27. Mai 2009 (Urk. 7/39)

und der nun angefochtenen rentenablehnenden Verfügung vom 2. Februar 2017 in erheblichem bzw. rentenrelevantem Ausmass verändert hat. Wie dargelegt finden hierbei die bei der Rentenrevision geltenden Grundsätze analog Anwendung. 3. 3.1

Die Parteien sind sich gestützt auf den neuen Bericht zur Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 20. September 2016 zunächst darin einig, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum im Gesundheitsfall ab Dezember 2015 von 54 % auf 90 % erhöht hätte. Im Bericht wurde

dazu sinngemäss erläutert, damals sei das jüngste Kind ausgezogen. Zudem habe der Ehemann damals einen Unfall erlitten und sei seither arbeitsunfähig. Eine Änderung der Qualifikation sei daher aufgrund der finanziell und familiär veränderten Situation nachvollziehbar und glaubwürdig (Urk. 7/114/4-5). 3.2

Liegt bereits im invalidenversicherungsrechtlichen Status eine als Revisionsvoraussetzung genügende Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, braucht nicht geprüft zu werden, ob dies allenfalls auch beim Gesundheitszustand zutrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 3). Eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG setzt allerdings eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen voraus, die sich auf den Anspruch als solchen oder den Umfang auswirken kann und Anlass gibt, den Invaliditätsgrad neu zu ermitteln. Für eine Rentenanpassung genügt daher nicht «irgendeine» Änderung im Sachverhalt. Mit Blick auf die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitsschadens mangelt es an einem Revisionsgrund, wenn die Sachverhaltsänderung lediglich in einer Reduktion oder Erhöhung des erwerblichen Pensums liegt und dieser Umstand für sich allein nicht anspruchrelevant ist (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2016 vom 2. März 2017 E. 6.2 mit Hinweisen). 3.3

Gemäss der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 27. Mai 2009 bestand bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 4% im Erwerbsanteil keine Einschränkung (Urk. 7/39), weshalb allein die aktuell höhere Gewichtung dieses Anteils nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen kann. Mit anderen Worten ist die Änderung nicht anspruchrelevant und stellt daher keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG dar. 4.4.1

Für die Beurteilung der Frage, ob eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes vorliegt, die einen Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG zu begründen vermag, ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Ebenso wenig stellt das Hinzutreten einer neuen Diagnose per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 4.2

4.2.1

Im aktuellen polydisziplinären Z.____ - Gutachten vom 18. September 2015 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: (1) anfallsartige Störungen des Bewusstseins ca. seit dem Jahr 2005 im Sinne von vasovagalen Synkopen und psychogene Bewusstseinsstörungen, (2) depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) und (3) diffuses, grosszelliges B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom im Kolon mit Erstdiagnose am 18. Mai

2011, anschliessender Remission nach sechs Immuno-/Chemotherapie-Zyklen und aktuell verdicktem Wurmfortsatz gemäss CT vom 7. Mai 2015 sowie chronischem Lymphoedem am Bein links nach Varizenoperation beidseits im Jahr 1999. Ohne Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert: (1) ein Status

nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma

sowie (2) einer nicht richtungsgebenden

HWS-Distorsion im Mai 2013, ohne äussere Verletzungsmarke, mit unauffälligem segmentalem Gelenkspiel, mit persistierender Weichteildysbalance am Übergang parazervikal rechts/in der Schulterregion und einer Streckhaltung mit einer Chondrose bis Osteochondrose

HWK 6/7, (3) belastungsabhängige lumbovertebrale Schmerzen bei einer Osteochondrose LWK5/S1 mit korrespondierender Spondylarthrose beidseits, (4) organisch nicht erklärbare Gefühlsstörungen vorwiegend der rechtsseitigen Extremitäten, (5) ein chronisches myofasiales

zervikozephalisches Schmerzsyndrom rechtsseitig mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Arm, wahrscheinlich unterhalten durch die psychiatrischen Erkrankungen, (6) zerebrale Marklagerläsionen mit periventrikulärer Lokalisation und in der Pons unklarer Ätiologie gemäss MRI vom September 2006, nicht weiter abgeklärt und (7) leichte orthostatische Schwindelbeschwerden (Urk. 7/89/45 f.). 4.2.2

Die Gutachter schlussfolgerten, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe sei die Beschwerdeführerin zu 50% arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung der bereits im Gutachten aus dem Jahr 2008 geschilderten Schonkriterien, bestehe gegenwärtig aus interdisziplinärer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, die sich nach Verstärkung der Resilienz durch die fortzuführende Psychotherapie sukzessive auf 100% steigern lasse. Als angepasst gelte eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne das mehr als gelegentliche Tragen und Heben von Lasten über 5 kg, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen und Leitern, ohne das mehr als gelegentliche Gehen auf unebenen und abschüssigen Böden sowie ohne das mehr als gelegentliche Einnehmen von Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit wechselnder Ausgangslagen (Sitzen, Gehen, Stehen; Urk. 7/89/51). Ausserdem sei bezüglich des Arbeitsplatzes zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin wegen der Bewusstseinsstörungen nicht fahrtauglich sei, sowie Arbeiten in der Höhe bzw. an rotierenden und schneidenden Maschinen vermeiden müsse.

Vor entsprechen dem Resilienzaufbau durch die laufende Psychotherapie würden die rezidivierenden vagovasalen bzw. psychogenen Stürze zudem die Vermeidungshaltung für gewisse Aufgaben im Haushalt (z.B. Fensterputzen) stützen. Daneben fänden im Haushaltsbereich die vor genannten Schonkriterien unverändert Anwendung.

Berufliche Massnahmen seien bei unveränderten Belastbarkeitseinschränkungen und Arbeitsfähigkeit gegenüber dem Vorgutachten nicht indiziert und in Anbetracht der Gesamtsituation auch nicht erfolgsversprechend (Urk. 7/89/52). 4.2.3

Ein Vergleich mit den Diagnosen im Vorgutachten des Z.____ vom 18. Juni 2008 (Urk. 7/16/33) deutet

somit zunächst auf eine Verschlechterung des psychischen Zustandes von der vormalig als für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant eingestuften Dysthymia (ICD-10: F34.1) hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren fällt auf, dass ursprünglich nur rheumatologische

Diagnosen als relevant eingestuft wurden, die in der aktuellen Beurteilung keine Berücksichtigung mehr fanden, wie die initiale OSG-Arthrose rechts und initiale Coxarthrose rechts mehr als links, oder aber in ähnlicher Form nur noch bei den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet wurden. Auf den ersten Blick neu diagnostiziert wurden die anfallsartigen Störungen des Bewusstseins und das Non-Hodgkin Lymphom. Indessen wurden erstere als seit ca. dem Jahr 2005 bestehend angegeben und beim Darmkrebs auf die Remission im Rahmen der Therapie hingewiesen - bei allerdings weiter abklärungsbedürftigem neuem Befund.

Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit besteht der massgebliche Unterschied zum Vorgutachten (Urk. 7/16/37 f.) darin, dass bei unverändertem Belastungsprofil aktuell aus psychiatrischer Sicht nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 %

bestehen soll, die sich nach Auffassung der Gutachter jedoch nach Verstärkung der Resilienz durch die fortzuführende Psychotherapie sukzessive wieder auf 100

% steigern lässt. Inwiefern tatsächlich eine Änderung der gesundheitlichen Situation im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG gegeben ist, muss daher anhand der einzelnen Teilgutachten

und späteren medizinischen Verlaufsberichte beurteilt werden. 4.3.4.3.1

Die aktuelle internistische Untersuchung ergab gemäss der interdisziplinären Zusammenfassung

des Z.____-Gutachtens aus dem Jahr 2015 das Bild einer depressiven, adipösen, kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführerin in unauffälligem Allgemeinzustand. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für

eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus hätten sich keine pathologischen Befunde erheben lassen.

Die Blutwerte seien bis auf die leichte Thrombopenie bei diskreter Linksverschiebung mit leichter Lymphopenie im Differenzialblutbild unauffällig. Die Urinuntersuchungen (Drogen- und Medikamenten-Screening) seien mit Ausnahme eines im Spontanurin leicht erhöhten Kreatinins unauffällig. Der Trittiko-Spiegel liege im therapeutischen Bereich, der Temesta-Spiegel hingegen darunter. Das bradykarde Elektrokardiogramm

zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus internistischer Sicht lasse sich somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (Urk. 7/89/49). Als Therapiemassnahme zu empfehlen sei die Abklärung eines Hodgkin Rezidivs (Urk. 7/89/81). 4.3.2

Der einzige Vorwurf der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang, nämlich dass die Beschwerdegegnerin ein mögliches Krebsrezidiv hätte weiter abklären müssen, geht fehl. So wurden von ihr bis heute diesbezüglich

keine somatisch bedingte n

Beschwerden oder

eine anstehende bzw. durchgeführte Therapie auch nur behauptet, obschon bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Behandlungspersonen

eine Dickdarmspiegelung geplant war

und allenfalls nötige weitere Abklärungen in Aussicht gestellt wurden

(Urk. 7/ 84/1) . Es kann davon ausgegangen werden, die Beschwerdeführerin hätte die Beschwerdegegnerin im eigenen Interesse unterrichtet, wäre bei den damaligen Abklärungen etwas Relevantes festgestellt worden.

In diesem Sinne ist auch festzustellen, dass in den Verlaufsberichten der D.____

aus dem Jahr 2016 – anders als noch im Jahr 2015 (Urk. 7/92/1) –

weder eine effektive Krebserkrankung noch eine diesbezügliche Erwartungsangst thematisiert wurden (vgl. Urk. 7/99 und 7/106). Mehr als ein belastendes Moment im Jahr 2015 infolge des bildgebend festgestellten verdickten Wurmfortsatzes ist daher nicht ausgewiesen. 4.4 4.4.1

Bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung haben sich gemäss interdisziplinärer Zusammenfassung der Z.____-Gutachterseite der letzten MEDAS- Begutachtung im Jahr 2008 keine Veränderungen der Situation ergeben. Unter Einhaltung der damals formulierten Schonkriterien seien die Etagen (oberes Sprunggelenk rechts, Lenden- und Halswirbelsäule sowie Hüftgelenke, vgl. Urk. 7/89/23) gut kompensiert geblieben. Das HWS-Distorsionstrauma im Mai 2013 sei

– ohne traumatisch bedingte strukturelle Veränderung der Halswirbelsäule, ohne Commotio cerebri und

bei praktisch identischem Befund in der segmentalen Prüfung wie im Jahr 2008, ohne Progredienz der degenerativen Veränderungen HWK6/7 – nicht richtungsgebend gewesen. Der Vorzustand sei spätestens zum jetzigen Zeitpunkt erreicht. Die Einschränkungen am Bewegungsapparat seien folglich unverändert mit derselben Arbeitsfähigkeit in einer die Schonkriterien berücksichtigenden Tätigkeit, ohne Verbesserung oder Verschlechterung der Situation gegenüber dem letzten Gutachten. Das HWS-Distorsionstrauma im Jahr 2013 qualifiziere nicht zu einer Änderung dieser Beurteilung (Urk. 7/89/49).

Als Therapiemassnahme sei die Beschwerdeführerin

zur selbständigen muskulären Konditionierung und Haltungskontrolle thorakal – mit entsprechend günstigem Einfluss auf die Streckhaltung bzw. die damit verbundene segmentale Funktionsstörung – (Physiotherapie, Selbsttraining) zu motivieren (Urk. 7/89/51). 4.4.2

Für die jetzige rheumatologische Beurteilung wurde die Beschwerdeführerin erneut umfassend klinisch und bildgebend untersucht (Urk. 7/89/20-22). Die Befunde (inklusive einer diskreten Arthrosebildung der Hüftgelenke sowie des rechten Sprunggelenks) und letztlich auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entsprachen dabei weitestgehend dem Vorgutachten aus dem Jahr 2008 (vgl. Urk. 7/15/22-25). Unerheblich sind somit die in E. 4.2.3 dargelegten

Differenzen bei der Diagnosestellung , zumal auch im aktuellen Gutachten eine volle Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung des bereits im Vorgutachten definierten Belastungsprofils bestätigt wurde. Dieses Teilgutachten ist zu Recht unstrittig. 4.5.4.5.1

Weiter ist der interdisziplinären Zusammenfassung des aktuellen Z. ___ -Gutachtens zu entnehmen, dass sich aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen lässt ; auch nach dem Unfallereignis vom Mai 2013 würden keine objektivierbaren pathologischen Befunde vorliegen (Urk. 7/89/50). 4.5.2

Ergänzend

ergibt sich aus dem neurologischen Teilgutachten, im initialen CT der HWS

und des Schädels nach dem Unfall im Mai 2013 seien keine traumatischen Läsionen festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin gebe seither bestehende Schmerzen des rechten Hinterkopfes und der rechten Nackenseite mit Ausstrahlung in den rechten Arm an. Die Kopfschmerzen würden als druckartig bzw. reizend beschrieben. Der neurologische Befund zeige indes keine objektivierbaren pathologischen Befunde. Ebenso wenig würden sich die sehr vage und nicht konsistent angegebene n Gefühlsstörungen der rechtsseitigen Extremitäten mit Ausparung des Rumpfes organisch hinreichend erklären lassen. Zudem bestünden klinisch keine ausreichende n Anhaltspunkte für eine zervikale Radikulopathie als Ursache der berichteten rechtsseitigen Zervikobrachialgien .

Die anamnestischen Angaben würden ferner gegen einen primär neurologischen Kopfschmerz (z.B. Migräne ,

Spannungskopfschmerz) sprechen.

Die geschilderte Symptomatik könne durch ein chronisches myofasiales Schmerzsyndrom der rechten Hinterkopf- und Nackenregion mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Arm erklärt werden. Unterhalten würden die Schmerzen sehr wahrscheinlich durch die psychiatrischen Begleiterkrankungen . Mehr als zwei Jahre nach dem Trauma seien diese nicht mehr als direkte Unfallfolge zu sehen . Zudem habe die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage bereits im Jahr 2006 chronische Kopfschmerzen angegeben, im Untersuchungsbericht indes berichtet, erst seit dem Unfall an solchen zu leiden . Diese Diskrepanz spreche gegen einen anhaltenden posttraumatischen Kopfschmerz (Urk. 7/89/33 f.) . Die Arbeitsfähigkeit sei daher vor allem psychiatrisch bzw. rheumatologisch zu beurteilen (Urk. 7/89/35) .

Die eigenanamnestischen Angaben würden sodann nicht ausreichen, um die anfallsartigen Bewusstseinsveränderungen oder -verluste ätiologisch eindeutig einzuordnen.

Ausreichende fremdanamnestische Angaben lägen nicht vor. In einem Austrittsbericht des A. ___ vom September 2006 würden vasovagale Synkopen

diagnostiziert, erstmals aufgetreten im Jahr 2005, und eine depressive Verstimmung mit «funktioneller Überlagerung» angegeben. Dem Befund zur

damaligen MRI-Untersuchung sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin beim Aufstehen vom Untersuchungstisch kollabiert und nicht mehr ansprechbar gewesen sei, obwohl sie gelegentlich gestöhnt habe (vgl. auch die Angaben der Röntgenassistentin zu einem ähnlichen Vorfall bei der aktuellen bildgebenden Abklärung, Urk. 7/89/14). Die Schilderung dieses Ereignisses bzw. die psychiatrischen Erkrankungen würden neben den vasovagalen Synkopen auf psychogene Anfälle deuten. So habe auch während der

Exploration beobachtet werden können, wie die Beschwerdeführerin für einige Minuten in einen

stupor-ähnlichen Zustand verfallen sei, auf Ansprache nicht mehr reagiert und einen eindeutig psychogenen Tremor der Hände gezeigt habe. Die vasovagalen Synkopen könnten durch medizinische Massnahmen wie ausreichende Flüssigkeits- und NaCl-Zufuhr, Vermeiden von abruptem Aufstehen und Stehbelastungen vor allem in der Wärme sowie

medikamentöse Behandlung bei

ausgeprägter orthostatischer Hypotonie vermieden werden. Eine adäquate psychiatrische Behandlung könne zum Rückgang der

psychogenen Bewusstseinsstörungen führen. Die Prognose sei aber aufgrund des langjährigen Verlaufs der psychiatrischen Erkrankungen und genannten Traumatisierungen ungünstig. Im Übrigen seien die im Untersuchungsbericht gemachten Angaben der Beschwerdeführerin zum Beginn der Beschwerden wiederum diskrepant zu denen in den Akten. Die teils sehr vagen und widersprüchlichen Angaben würden am geschilderten Ausmass der Beschwerden zweifeln lassen (Urk. 7/89/34 f.). 4.5.3

Die begutachtende Neurologin empfahl eine neurologische Abklärung mit Elektroenzephalografie

(EEG) sowie eine Verlaufskontrolle mittels MRI des Schädels bzw. internistischer Abklärung unter anderem mit einem Orthostase-Test. Die MRI-Bilder aus dem Jahr 2006 würden nicht vorliegen und im Befund fänden sich keine Angaben zum Ausmass der Marklagerläsionen. Bei leichtgradiger Ausprägung seien diese in der Regel asymptomatisch und könnten weder Kopfschmerzen noch Bewusstseinsverluste verursachen. Falls sich bei der MRI-Verlaufskontrolle indes eine ausgeprägte Progredienz zeigen sollte, sei eine weitere neurologische Abklärung im Hinblick auf eine entzündliche bzw. ischämische Genese unbedingt zu empfehlen. Eine fortgeschrittene zerebrale Leukenzephalopathie könne depressive Verstimmungen wie auch neuropsychologische Funktionsstörungen verursachen.

Bei Anhalten der anfallsartigen Bewusstseinsstörungen sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht sodann wegen der erhöhten Verletzungsgefahr qualitativ eingeschränkt. Eine Einschränkung bestehe für die Tätigkeiten, die zu jeder Zeit eine vollständige Kontrolle- und Handlungsfähigkeit mit uneingeschränktem Reaktionsvermögen verlangen würden. Dazu gehörten Tätigkeiten an schnell laufenden (z.B. schneidenden, rotierenden) Maschinen, am offenen Feuer, über Herdplatten, an stromführenden elektrischen Anlagen und an flüssigkeitsgefüllten Becken. Auch Arbeiten in der Höhe mit Besteigen von Leitern, Podesten und Gerüsten seien nicht möglich sowie Tätigkeiten mit Verantwortung für andere und Arbeitsbereiche mit Publikumsverkehr. Ununterbrochene Stehbelastungen mit einer Dauer von mehr als einer halben Stunde seien wegen der vasovagalen Synkopen zu vermeiden. Sofern diese Einschränkungen beachtet würden, bestehe für die angestammten Tätigkeiten als Küchenhilfe und Reinigungskraft sowie für jegliche Verweistätigkeit aus rein neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/89/35 f.). 4.5.4

Wie dem neurologischen Teilgutachten somit zutreffend zu entnehmen ist, wurden die Bewusstseinsstörungen der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2006 eingehend untersucht

(vgl. Urk. 7/12/2 -24). Im Jahr 2011 wurde zur Abklärung einer allfälligen Lymphommanifestation

zudem erneut ein MRI des Schädels angefertigt. Daraus ergaben sich - bei soweit ersichtlich ähnlichem Befund wie zuvor -

offensichtlich keine weiteren medizinischen Konsequenzen (vgl. Urk. 7/84/4). Trotz gutachtlicher Empfehlung sind somit keine weiteren Abklärungen im Hinblick auf eine mögliche Ursache der Bewusstseinsstörungen nötig, insbesondere in Bezug auf eine fortgeschrittene zerebrale Leukenzephalopathie.

Dies muss umso mehr gelten, als solche Störungen bisher nicht objektiviert werden konnten und die subjektive Beschwerdeklage erhebliche Zweifel an deren Bestehen weckt. Zu erinnern ist hierbei vorweg an die gutachterlich aufgezeigten Diskrepanzen zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage (vgl. ferner auch im Vorgutachten Urk. 7/16/26 und 7/16/31). Ebenso

ist in den Beschreibungen der Vorfälle während der Bildgebung ein

bewusst gesteuertes Verhalten

angedeutet. Zudem

fällt auf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Laufe der letzten Rentenprüfung derart verschlechterte, dass sie gemäss Haushaltsabklärungsbericht vom 3. November 2008 wegen der Sturzgefahr nicht einmal mehr unbegleitet vom Sofa aufstehen und zum Telefon gehen konnte (Urk. 7/18). Im aktuellen Verwaltungsverfahren trat

gemäss dem im November 2015 erstellten Bericht der D. ____

nach der Neuankündigung respektive Begutachtung

wiederum eine letztlich schwer nachvollziehbare

massive Verschlechterung der psychischen Gesundheit ein. Konkret wurde festgehalten, dass das Funktionsniveau im Alltag «im Verlauf der letzten Monate» immer mehr beeinträchtigt zu sein scheint und es «seit einigen Wochen»

während den Gesprächen vermehrt zu dissoziativen Zuständen komme, während denen die Beschwerdeführerin die Augen schliesse, nicht mehr ansprechbar sei, etwas Unverständliches murmle und stereotype Bewegungen zeige, woran sie sich später nicht mehr erinnere. Mögliche Ursachen hierfür seien schwierig herauszukristallisieren (Urk. 7/92/2). Indessen konnte die Beschwerdeführerin zwischen den invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren ein kleines Arbeitspensum bewältigen und erlitt auch keine weiteren aktenkundigen Stürze mit Verletzungsfolgen. Der langjährige Krankheitsverlauf scheint demnach mitunter mit der Rentenbegehrlichkeit verknüpft.

In Bezug auf die Kopfschmerzen ergibt sich seit der rentenablehnenden Verfügung ebenfalls insoweit nichts Neues, als der Gutachter nachvollziehbar darlegte, dass aus neurologischer Sicht der Unfall diese zwei Jahre später ohne objektivierbare pathologische Befunde nicht zu erklären vermag und solche - entgegen der aktuell gemachten subjektiven Angaben - bereits früher beklagt wurden. Die geschilderte Symptomatik interpretierte er als ein chronisches myofasiales Schmerzsyndrom, sehr wahrscheinlich

unterhalten durch die psychiatrischen Begleiterkrankungen.

4.6

4.6.1

Abschliessend ist der interdisziplinären Zusammenfassung zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei der psychiatrischen Exploration angegeben habe, seit dem Autounfall im Jahr 2013 an einer mittelgradigen depressiven Störung zu leiden. Ebenfalls bestehe seither eine Retraumatisierung

wegen der früheren Kriegserlebnisse im Kosovo. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) seien indes nicht erfüllt, insbesondere würden keine

Flashbacks beschrieben. Da bei der Beschwerdeführerin vor Mai 2013 keine depressive Störung bestanden habe, könne nicht von einem episodenhaften Auftreten einer depressiven Störung gesprochen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für die angestammte wie auch für Verweistätigkeiten (Urk. 7/89/50). Aus interdisziplinärer Sicht stehe die Weiterführung der Psychotherapie im Vordergrund, um die Resilienz der Beschwerdeführerin zu erhalten, weiter auszubauen und die im Vordergrund stehende Angst vor einem Tumorrezidiv abzubauen (Urk. 7/89/51).

4.6.2

Gegenüber dem begutachtenden Psychiater gab die Beschwerdeführerin in der Untersuchung konkret an, im Krieg sei sie mit ihrer Familie vertrieben worden und habe in die Wälder flüchten müssen. Sie habe ständig Angst gehabt, sei über Leichen gegangen und habe viele Verletzte gesehen. Sie sei bedroht worden, dabei sei es aber geblieben. Den Schlag des Autounfalls im Jahr 2013 habe sie wie einen Bombenanschlag während des Krieges erlebt. Sie sei erst im Spital wieder zu Bewusstsein gekommen und habe seither Nacken- und Schulterschmerzen sowie Angst und Schlafstörungen.

Der Knall habe sie retraumatisiert. Sie habe danach die Kriegserlebnisse wieder erlebt, Angst vor Menschenmengen erlitten, Alpträume gehabt und zunächst nicht wieder in das Auto einsteigen können. Sie habe deshalb eine Psychotherapie begonnen. Aktuell nehme sie einmal pro Monat eine psychiatrische Behandlung wahr. Eine Traumatherapie sei bisher nicht durchgeführt worden. Ihre Stimmung sei sehr schlecht. Vor Kurzem sei etwas Ungewöhnliches in ihrem Blinddarm festgestellt worden. Sie habe Angst vor einem Darmkrebsrezidiv. Dies falls würde sie sich umbringen. Ihr Appetit sei schlecht. Antrieb, Motivation und Konzentration seien reduziert. Sie sei lustlos bzw. habe keine Interessen und keine Libido mehr. In der Menschenmenge habe sie weiter hin eine plötzliche Angst und fühle sich beobachtet. Auch höre sie gelegentlich Geräusche, die andere in ihrer Wohnung nicht hören würden. Sie sei schreckhaft bei lauten Autogeräuschen wie laute Bremsen. Sie könne zwar wieder mitfahren, habe dabei aber immer noch Angst. Sie meide Nachrichten über den Krieg und könne sich keine Kriegsbilder ansehen (Urk. 7/89/37-38).

Der begutachtende Psychiater erhob einen weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund. Konzentration, Antrieb und Motivation seien leicht reduziert. Weiter bestehe ein Morgentief. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin nervös und schreckhaft. Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen bestünden keine, zumal sie sehr schreckhaft sei und daher sensibel für Umweltgeräusche. Sie wirke zudem depressiv, sei aber im Affekt gut schwingungsfähig. Es bestünden Schlafstörungen, Alpträume und ein Vermeidungsverhalten bezüglich Kriegsnachrichten (Urk. 7/89/41-42).

Er schlussfolgerte, die Durchhaltefähigkeit und Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten seien leichtgradig reduziert (Urk. 7/89/42-43).

Die Kriterien einer PTBS seien nicht alle erfüllt. Z war würden eine Nervosität bei lauten Knallgeräuschen angegeben, gelegentliche Albträume und ein Vermeidungsverhalten bezüglich Kriegsnachrichten, jedoch bestünden keine Flashbackerlebnisse. Die Beschwerdeführerin beschreibe vielmehr schreckhafte Empfindungen. Hinweise für eine chronische Schmerzstörung bestünden

nicht. Die Beschwerdeführerin leide auch nicht unter familiären oder innerpsychischen Konflikten. Eine Angststörung bestehe ebenso wenig. Zwar bestehe eine Angst vor Menschenmengen, doch sei diese für die Beschwerdeführerin überwindbar. So gehe sie in Begleitung ihrer Familie oder mit den Nachbarn aus. Ein sozialer Rückzug bestehe nicht. Für die depressive Störung sprächen die Affektlabilität, die leichte Konzentrations- und Antriebsstörung, die latenten Suizidgedanken, die Motivations- und Freudlosigkeit sowie der Libidoverlust (Urk. 7/89/44). 4.6.3

Zu den Berichten der behandelnden Oberärztin der D.____, Dr. med. E.____, hielt der begutachtende Psychiater fest, es sei fraglich, inwiefern eine rezidivierende depressive Störung bestehe, da die Beschwerdeführerin vor dem Jahr 2013 nicht unter einer depressiven Störung gelitten habe. Es könnten keine früheren depressiven Episoden ausgemacht werden. Auch werde

nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb eine PTBS diagnostiziert wurde. Es bestehe vielmehr ein schreckhaftes Verhalten seit dem Unfall im Jahr 2013. Zwar würden Nachrichten über Kriegseignisse vermieden, über entscheidende Kriterien wie Flashbacks oder ständig wiederkehrende Erinnerungen werde aber nicht berichtet. Beschrieben werde eine zeitweise Nicht-Ansprechbarkeit bzw. Abwesenheit. Dies seien aber keine Flashbacks und auch im Untersuchungsbericht habe die Beschwerdeführerin keine eindeutigen Flashbackerlebnisse wiedergeben können (Urk. 7/89/45). 4.6.4

Im Nachgang zur Begutachtung erstellte Dr. E.____ die psychiatrischen Verlaufsberichte vom 9. November 2015 (Urk. 7/92), 18. März 2016 (Urk. 7/99) und 11. August 2016 (Urk. 7/106). Wie bereits im Rahmen der neurologischen Berichte erwähnt, konstatierte sie darin eine massive gesundheitliche Verschlechterung im Sinne einer zunehmenden Beeinträchtigung im Haushalt, vermehrte dissoziative Zustände sowie eine Zunahme der psychotischen Symptomatik (vgl. im Detail nachstehende Erwägungen). 4.7 4.7.1

Den vorstehenden Berichten ist das Vorgutachten der gleichen MEDAS aus dem Jahr 2008 gegenüberzustellen. Im Zeitpunkt der ersten Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin noch keine fachärztliche psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen (Urk. 7/16/27). Der damals begutachtende Psychiater kam zum Schluss, es sei von einer Dysthymia (ICD-19: F43.1) auszugehen. Differenzialdiagnostisch wäre auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren, doch seien die Kriterien gemäss ICD-10 Klassifikation nicht erfüllt. Eine Dysthymia wirke sich in der Regel ohne psychiatrische Komorbidität nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, d.h. eine Willensanstrengung zur Verwertung der selben sei zumutbar (Urk. 7/26/31 f.).

Die Beschwerdeführerin klagte damals über seit dem Arbeitsunfall im April 2005 bestehende Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Auch leide sie scheinbar an Schwindel, der schon mehrfach zu Stürzen

geführt habe. Sie sei ängstlich und traurig geworden, da sie nichts mehr unternehmen und nicht mehr arbeiten könne. Sie gehe deswegen nie alleine, sondern immer in Begleitung eines Familienangehörigen aus dem Haus. Aufgrund der schwierigen finanziellen Situation sei es bei ihr auch zu Zukunftsängsten gekommen. Das Ein- und Durchschlafen sei schmerzbedingt häufig gestört, sie wache 3- bis 4-mal pro Nacht auf (Urk. 7/16/30).

Zum Befund hielt der damalige Gutachter

fest, die Beschwerdeführerin wirke verhangen, müde und psychomotorisch verlangsamt. Klinisch präsentiere sich das typische Bild einer sedierten Person, was durchaus eine Nebenwirkung der Antidepressiva und Schmerzmedikamente sein könne. Die Grundstimmung sei niedergeschlagen und klagsam, die affektive Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen deutlich appellativen Charakter. Die Beschwerdeführerin stöhne in der Exploration fortlaufend in fast schon skurriler Weise, auch müsse der Sohn sie am rechten Arm stützend und langsamen Schrittes begleiten. Eine Tendenz zur Aggravation der eigenen Beschwerden sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehend.

Ein ausgeprägter Leidensdruck werde in appellativer Weise vermittelt. Es würden dysfunktionale Bewältigungsmechanismen mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung deutlich. Relevante akzentuierte Persönlichkeitszüge fänden sich nicht. Inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaftem Erleben seien nicht zu eruieren. Die Gedächtnisfunktion sei fraglich beeinträchtigt. So gebe die Beschwerdeführerin in der Anamneseerhebung wiederholt an, sich nicht zu erinnern, habe jedoch in den somatischen Untersuchungen dieselben Fragen zu beantworten vermocht. Aufmerksamkeit, Konzentration und Intelligenz seien klinisch unauffällig. Das Antriebsverhalten sei reduziert. Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen gebe es keine. Bei passiven Suizidwünschen könne eine akute Eigen- und Fremdgefährdung aktuell ausgeschlossen werden (Urk. 7/16/30 f.). 4.7.2

Damit indiziert die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit dem Frühjahr 2014 (Urk. 7/106/3) erstmals eine psychotherapeutische Gesprächstherapie

wahrnimmt, zunächst eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit seit der letzten rentenablehnenden Verfügung.

Da für spricht

ferner ein Vergleich der Diagnosen

und der Arbeitsfähigkeitseinschätzung in den beiden MEDAS-Gutachten. Betrachtet man allerdings die geklagten Beschwerden und objektiven Befunde gesamthaft,

ist primär die zeitliche Einordnung und diagnostische Zuordnung der Symptomatik neu. Gegenüber dem Vorgutachten tatsächlich neu sind im aktuellen MEDAS-Gutachten nur folgende Beschwerden:

gelegentliche, nicht weiter konkretisierte

Alpträume, ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf Kriegsnachrichten, eine leichte Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, eine überwindbare Schreckhaftigkeit und Schlafwandeln (subjektive Angabe im somatischen Untersuch, Urk. 7/89/12). Eine überwiegend wahrscheinlich rentenrelevante Tatsachenänderung

lässt sich damit angesichts des bisherigen Gesamtinvaliditätsgrades von 4 % ohne Einschränkung im Erwerbsbereich (Urk. 7/39/2)

nicht begründen . 4.7.3

Bezüglich

der gegenwärtigen Symptomatik wird sodann neu die Frage nach einer PTBS aufgeworfen . Eine solche entsteht gemäss ICD-10-Klassifikation als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischer Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Gemäss Bundesgericht hat ein Gutachter das auslösende Trauma zwingend zu referieren. Namentlich dort, wo es allein durch die subjektiven Angaben und Schilderungen der betroffenen Person belegt wird, lässt sich ein entsprechender Nachweis in aller Regel allerdings nicht ohne Weiteres erbringen.

Nebst der ihrerseits für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 -Klassifikation wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Eine besondere Begründung braucht es

daher gemäss Bundesgericht in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll . Nach der ICD-10-Klassifikation ist eine solche Diagnose bei grösserem zeitlichem Abstand noch «wahrscheinlich » - vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung , depressive Episode) gestellt werden.

Zusätzlich zum Trauma muss schliesslich

eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich sind ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabschwächung und die Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten . Zur Diagnose beitragen können vegetative Störungen, eine Beeinträchtigung der Stimmung und ein abnormes Verhalten, sie sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung.

Der Verlauf einer PTBS ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten (ca. 10 %) nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.0) über; dabei widersprechen allerdings progrediente Entwicklungen dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen (vgl. Dilling / Mambour /Schmidt [Hrsg.], Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f. sowie

BGE 142 V 342 E. 5 und Urteil des Bundesgerichts 9C_298/2017 vom 4. September 2017 E. 4.2 je mit Hinweisen). 4.7.4

Unter diesen Gesichtspunkten ist nicht zu beanstanden, dass der aktuell begutachtende Psychiater eine PTBS verneinte , zumal er klarstellte, dass in den Berichten von Dr. E.____

keine eindeutigen Flashbacks beschrieben wurden (z.B. Urk. 7/63/2) und die Beschwerdeführerin

auch ihm gegenüber keine solchen geschildert habe (Urk. 7/89/37-39). Angesichts der diagnostischen Leitlinien lassen zudem auch

die Schwere der angegebenen Traumata (Kriegserlebnisse

Urk. 7/89/37 und 7/68/13; Autounfall

Urk. 7/89/27) sowie

die mehrjährige Latenzzeit

nach der Flucht aus dem Kosovo nicht ohne Weiteres auf eine PTBS schliessen. Jedenfalls wurden vor dem ersten Unfall im April 2005 keine psychischen Einschränkungen dokumentiert und selbst in den damaligen psychiatrischen Abklärungen keine PTBS thematisiert.

Ein eigentliches Vermeidungsverhalten ist zudem

für keines der Traumata

zu eruieren. Die Beschwerdeführerin fuhr im Zeitpunkt der Begutachtung wieder im Auto mit (Urk. 7/89/39), obschon sie im Zusammenhang mit dem Strassenverkehr seit dem Unfall stets grosse Ängste angab

(Urk. 7/68/12 f., 7/63/2, 7/89/38 f. und 7/106/2 f.), und kehrte

nach ihrer Flucht aus dem Kosovo dahin zurück, um ihre Mutter zu besuchen (Urk. 7/16/29).

Es verwundert deshalb nicht, dass Dr. E._____

ihre anfängliche Diagnose einer PTBS seit dem Jahr 1998, reaktiviert im Mai 2013

(Urk. 7/63/1) in den im Jahr 2016 erstellten Berichten nur noch als Verdachtsdiagnose auf führte (Urk. 7/99/2 und 7/106/2). 4.7. 5

Im aktuellen psychiatrischen Teilgutachten wurde unter Hinweis auf die Überwindbarkeit der berichteten Schreckhaftigkeit letztlich eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Letztere Diagnose stand im Einklang mit dem Bericht von Dr. E._____ vom 23. April 2014 (Urk. 7/68/12). Allerdings diagnostizierte diese bereits im Januar 2015 zusätzlich eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F43.1) seit Mai 2013 (Urk. 7/68/1). Zwischen November 2015 und August 2016 diagnostizierte sie alsdann zuerst eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1; Urk. 7/92/1), hernach eine länger dauernde depressive Störung mit wahnhaften und halluzinatorischen Symptomen, differential diagnostisch eine rezidivierende Depression mit psychotischen Symptomen sowie eine Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10: F41.0) nach Beschleunigungstrauma im Mai 2013

(Urk. 7/99/2) und letztlich eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen «seit einigen Jahren», verstärkt nach Verkehrsunfall im Mai 2013 und Panikattacken (ICD-10: F41.0) nach Verkehrsunfall im Mai 2013 (Urk. 7/106/2).

Dazu erläuterte sie im November 2013 wie bereits dargelegt, dass das Funktionsniveau im Alltag «im Verlauf der letzten Monate» immer mehr beeinträchtigt zu sein scheine und es «seit einigen Wochen» während den Gesprächen vermehrt zu dissoziativen Zuständen komme, während denen die Beschwerdeführerin die Augen schliesse, nicht mehr ansprechbar sei, etwas Unverständliches murmle und stereotype Bewegungen zeige, woran sie sich später nicht mehr erinnere. «In letzter Zeit» erzähle sie zudem immer wieder, dass sie sich auf der Strasse verfolgt fühle und sich deswegen beim Einkaufen beeile und begleiten lasse. Sie denke zudem, ihre Familie vergesse, die Wohnung abzuschliessen, weshalb Gestalten kämen, die der Ehemann nicht sehe. Auch höre sie Stimmen mehrerer Personen, eher ein Stimmengewirr als eine konkrete Stimme (Urk. 7/92). Dem fügte sie im März 2016 hinzu, die Beschwerdeführerin frage beispielsweise mitten im Gespräch, ob jemand zuhöre oder ob sie ihr mit der Behandlungsempfehlung schaden wolle (Urk. 7/99/2). Im August 2016 ergänzte sie schliesslich, «seit einiger Zeit» warte die Beschwerdeführerin aus Angst vor den Blicken der übrigen Patienten im Treppenhaus. Als sie ihr zudem den Weg in ihr neues Büro gezeigt habe, sei diese vor jeder Strassenüberquerung zusammengezuckt und stehen geblieben. Sie habe sie immer beruhigen und ihr das Vorgehen erklären müssen (Urk. 7/106/2 f.). 4.7.6

Es fällt in erster Linie auf, dass Dr. E.____ die massiv progrediente Krankheitsentwicklung mehr als zwei Jahre nach dem Autounfall während laufender Therapie (vgl. dazu auch Urk. 7/92/2) nicht nachvollziehbar erklären konnte (Urk. 7/92/9) und die Beschwerdeführerin wenig spezifisch eine breite Palette

psychotischer Symptome und Ängste schilderte. Trotz der von der Dr. E.____ berichteten, rasant abnehmenden Alltagstauglichkeit bzw. zunehmenden Symptomatik

zogen zudem soweit ersichtlich weder diese noch die Beschwerdeführerin selbst

eine stationäre Therapie mit Austestung und Aufdosierung der Medikation in Betracht. Vielmehr fand selbst jetzt eine ambulante Gesprächstherapie in der Regel nur alle vier Wochen statt (Urk. 7/106/4; vgl. auch zur ursprünglichen

Empfehlung Urk. 7/63/3).

Gleichzeitig räumte Dr. E.____

ein, es gebe auch belastende Faktoren. Beispielsweise habe der Sohn der Beschwerdeführerin

im November 2015 die theoretische Abschlussprüfung nicht bestanden. Zusätzlich habe ihr Ehemann damals einen Arbeitsunfall erlitten, sei lange krankgeschrieben gewesen und arbeite nun (gemäss Bericht vom August 2016) wieder in einem reduzierten Pensum. Die Beschwerdeführerin habe Angst, er könnte seine Arbeitsstelle verlieren. Diese Faktoren würden die Krankheit nicht unterhalten, aber den Verlauf belasten (Urk. 7/99/6, 7/106/3 und 7/106/5).

Daraus ergibt sich, dass Dr. E.____

der Beschwerdeführerin letztlich allein aufgrund

deren subjektiver Angaben eine volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt attestierte, ohne dabei den ungewöhnlichen Krankheitsverlauf zu hinterfragen, sich für eine intensivere Therapie einzusetzen oder dem augenfälligen Zeitpunkt der gesundheitlichen Verschlechterung Rechnung zu tragen. So nahmen die Beschwerden - wie schon bei der

letzten Rentenprüfung – nach der Begutachtung deutlich zu (vgl. auch Urk. 7/92/1) und verstärkten sich weiter , nachdem die Beschwerdeführerin einen zunehmenden Druck verspürte , selbst etwas zum Unterhalt der Familie beitragen zu müssen (Urk. 7/106/3). Berücksichtigt man dazu noch die

in beiden MEDAS-Gutachten diskutierten Inkonsistenzen sowie den schon früher fragwürdigen Krankheitsverlauf (vgl. E. 4.5.4 und 4.7.1) , genügen die Berichte von Dr. E. ___ weder um Zweifel am aktuellen Begutachtungsergebnis zu wecken, noch um weitere Abklärungen im Hinblick auf eine mögliche, kurz nach der Begutachtung eingetretene

gesundheitliche Verschlechterung

zu veranlassen . Nachdem trotz massiver subjektiver Beschwerdeklage in zwei Gutachten kein erheblicher

Gesundheitsschaden festgestellt werden konnte , ist für weitere Abklärungsmassnahmen (z.B. eine Observation oder längere stationäre psychiatrische Beobachtung)

eine Tatsachenänderung

nötig, die entweder objektiv nachgewiesen ist oder auf einer sich mit der Beschwerdeklage kritisch auseinandersetzen, fundierten medizinischen Beurteilung beruht . 4.7. 7

Zusammenfassend ist somit weder durch das neue MEDAS-Gutachten noch die Berichte von Dr. E. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gesundheitliche Verschlechterung im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im März 2015, mithin sechs Monate nach der Neuanschuldung (Urk. 7/52-53; Art. 29 Abs. 1 IVG), ausgewiesen. 5. 5.1

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) neu sämtliche psychischen Leiden

einem

strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind . Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu beachtenden Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) : Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 2.2.1). 5.2

Diesbezüglich ist hervorzuheben , dass der MEDAS-Gutachter in der aktuellen psychiatrischen Exploration

zwar gewisse Befunde erheben konnte, diese jedoch nicht sehr zahlreich oder besonders ausgeprägt waren (vgl. E. 4.6.2). Für die Qualifikation als mittelgradige depressive Episode müssen indes mindestens zwei der drei typischen Symptome einer Depression gegeben sein: depressive Stimmung (1), Verlust von Interesse oder Freude (2) und Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit (3). Zusätzlich müssen drei oder besser vier der weiteren Symptome vorhanden sein: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken/-handlungen/erfolgte Selbstverletzung, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Einige der Symptome müssen in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt sein oder aber es ist durchgehend ein besonders breites Spektrum von Symptomen vorhanden

(vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 169-174).

Insofern ist die Qualifikation als mittelgradige depressive Episode als wohlwollend zu betrachten.

Ein in eigentlicher Behandlungs- oder Eingliederungserfolg kann derzeit nicht beurteilt werden, da sich die Beschwerdeführerin an solchen Massnahmen bis her bedingt interessiert zeigte und sich ihre Beschwerdeklage bisher als wenig zuverlässig erwies. Immerhin war nach der ersten ablehnenden Verfügung eine Steigerung ihres

Aktivitätsniveaus zu verzeichnen und vermochte sie ihre Ängste beim Autofahren zu überwinden. Die im Gutachten aufgelisteten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wiegen sodann nicht schwer genug, um als Komorbidität berücksichtigt zu werden. Grund zur Annahme oder Abklärung überwiegend wahrscheinlicher weiterer psychischer Beschwerden besteht gestützt auf die obigen Erwägungen nicht. Eine Einschränkung der komplexen Ich-Funktionen, die unter den Komplex «Persönlichkeit» zu subsumieren wäre, ist nicht ersichtlich. Der Komplex « Sozialer Kontext » bestimmt schliesslich mit dar über, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist allgemein zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil

wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3).

Die Beschwerdeführerin verfügt über eine grosse, sie in allen Belangen unterstützende Familie, was grundsätzlich positiv zu werten ist. Der daraus für sie zweifelsohne entstehende

sekundäre Krankheitsgewinn (z.B. Entlastung im Haushalt) ist aus Sicht der Invalidenversicherung unbeachtlich. Sodann war der Verlauf der geklagten Beschwerde im Jahr 2015 augenfällig an psychosoziale Belastungsfaktoren geknüpft (Abklärung eines Krebsrezidivs, MEDAS-Begutachtung, Arbeitsunfall des Ehemannes verbunden mit einer finanziellen Unsicherheit). 5.3

Kurz fällt die Beurteilung der Kategorie "Konsistenz" mit den Faktoren « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen » und «

behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck »

aus. Das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin war gemäss ihren eigenen Angaben bereits bei der letzten rentenablehnenden Verfügung äusserst bescheiden, obschon kein gravierender Gesundheitsschaden festzustellen war (vgl. Urk. 7/18, 7/16/14 und 7/16/29 f.). Daran hat sich gemäss ihren Angaben in der aktuellen Begutachtung nichts geändert (Urk. 7/89/11 f. und 7/89/39). An dieser Stelle nochmals zu erwähnen sind auch die zahlreichen Hinweise auf eine Überzeichnung der eigenen Beschwerden.

Dementsprechend schlug sich der von der Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten betonte hohe Leidensdruck bisher auch nicht in der Behandlung nieder. Die therapeutischen Optionen sind bei geringer Gesprächsfrequenz und Medikation (zumindest soweit mit Blick auf die unter <https://compendium.ch>

angegebene übliche und maximale Dosierung beurteilbar) noch nicht ausgeschöpft. 5.4

Zusammenfassend lässt sich somit anhand der Standardindikatoren keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit nach dem Autounfall im Mai 2013 bestätigen, selbst wenn vom Verdacht bis zur Klärung eines Krebsrezidivs eine Verschlechterung im Sinne einer nicht schweren depressiven Episode aufgrund der gerade in diesem kurzen Zeitraum stattgehabten MEDAS- Begutachtung wahrscheinlich ist (vgl. E. 4.3.2). 6.

Da sich weder eine rentenrelevante Tatsachenänderung aus den neu eingeholten medizinischen Unterlagen ergibt, noch mittels der Standardindikatoren eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer dem vorbestehenden somatischen Leiden angepassten Verweistätigkeit bestätigen lässt, hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abermals verneint. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.– festzusetzen und der unterliegenden 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. 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 Grünig Bonetti

E. 1.4

Nach einem Auffahrunfall im Mai 2013 wurden bei der Versicherten eine leichte traumatische Hirnverletzung sowie ein zervikokraniales Beschleunigungstrauma diagnostiziert (Urk. 7/68/5-7). Hierauf

meldete sie sich im September 2014 unter Beilage neuer Arztberichte (Urk. 7/51) wegen Schulter- und Nackenschmerzen sowie psychischer Probleme

abermals zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (Urk. 7/52 -53) . Die sie holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK; Urk. 7/60) sowie Berichte bei den behandelnden Arztpersonen (Urk. 7/63, 7/68 und 7/84) ein. Im Frühjahr 2015 begann die Versicherte, ihre Schulden bei der Asylorganisation Zürich abzuarbeiten . In einem Asylheim überwacht sie jeweils eine Stunde pro Werktag Reinigungsarbeiten und kontrolliert technische Anlagen

(Urk. 7/89/9 und 7/89/11). Das von der IV-Stelle schliesslich in Auftrag gegebene internistische, psychiatrische, rheumatologische und neurologische Gutachten

wurde am 18. September 2015 erneut vom Z.____

erstattet (Urk. 7/89) und dem RAD zur Prüfung vorgelegt (Urk. 7/116/4-5) .

Ebenso unterbreitete die IV-Stelle die weiteren

Verlaufsberichte der behandelnden Psychiaterin

(Urk. 7/92 , 7/99 und 7/106) , in deren Kontext die Versicherte am 15. April 2016 zusätzlich um Zusprennung einer Hilflosenentschädigung ersuchte (Urk. 7/101),

dem RAD zur Stellungnahme (Urk. 7/116/6-8) . Dementsprechend verfasste B.____ am 20. September 2015 nach ihrem Besuch bei der Versicherten zwei Abklärungsberichte, einen betreffend

Hilflosenentschädigung für Erwachsene (Urk. 7/110) und einen zur beeinträchtigten

Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (Urk. 7/114). Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Urk. 7/112) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2.

November 2016 den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 7/113). Sodann

kündigte sie der Versicherten nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin Dr. med. C.____ ,

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/116/ 10-13) , mit Vorbescheid vom 30.

November 2016 erneut die Verneinung eines Rentenanspruchs an (Urk. 7/117). Dagegen

erhob die Versicherte Einwand (Urk. 7/119) , worauf die IV-Stelle am 2. Februar 2017 wie angekündigt verfügte

(Urk. 2). 2.

Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte mit Eingabe vom 6. März 2017 Beschwerde und beantragte, ihr ab 1. März 2015 eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zwecks weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurück zuweisen (Urk. 1 ; Beilagen Urk. 3/3-6) . Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 18. April 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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.