

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00453 vom 28. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00453

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00453 du 28 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00453 del 28 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, arbeitete zuletzt ab 1. November 2006 bei der Y. AG in Z.____ als Produktionsmitarbeiterin (Urk. 6/3, Urk. 6/9). Am 31. Januar 2012 (Urk. 6/3) meldete sie sich unter Hinweis auf Schmerzen in der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in die Arme zum Bezug von IV-Leistungen an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/27) verneinte sie mit Verfügung vom 15. Mai 2013 (Urk. 6/43) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Mit Urteil vom 19. März 2014 (Urk. 6/54) hob das hiesige Gericht die Verfügung vom 15. Mai 2013 in Gutheissung der dagegen gerichteten Beschwerde (Urk. 6/46/3-4) auf und wies die Sache zu ergänzenden Abklärungen und neuer Entscheidung über den Rentenanspruch an die IV-Stelle zurück (Prozess IV.2013.00550).

Die IV-Stelle gab daraufhin in der Medizinischen Abklärungsstelle A.____ ZVMB GmbH (MEDAS A.____) ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 10. August 2015 erstellt wurde (Urk. 6/78). Mit Vorbescheid vom 30. September 2015 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/81). Nachdem die Versicherte mittels mehrerer Eingaben und Beilagen Einwand erhoben hatte (vgl. Urk. 6/82 und Urk. 6/84 - Urk. 6/89), holte die IV-Stelle eine Stellungnahme bei der MEDAS A.____ ein (Urk. 6/97). Nach weiterem Einwand mit Beilagen (vgl. Urk. 6/99 - Urk. 6/102) wies die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 10. März 2017 ab (Urk. 2).

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. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung aller guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130

V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.2.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetz-mässigen Versicherungsverhältnisses mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturierteres Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislage der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraaster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastige versicherte Person zu tragen

(E. 6).

E. 1.3

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

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These ab stellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 27. April 2017 Beschwerde und beantragte (Urk. 1 S. 2) , die angefochtene Verfügung vom 10. März 2017 sei aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab September 2012 eine ganze, ab Oktober 2013 eine halbe und ab Oktober 2015 fortdauernd eine Dreiviertelsrente auszurichten. Die IV-Stelle schl oss mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2017 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde , was der Beschwerdeführerin am 16. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung damit, dass aufgrund der medizinischen Abklärungen, die nach dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 19. März 2014 erfolgten, die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Produktmitarbeiterin zu 90 % arbeitsfähig sei. Die Einschränkung von 10 % ergebe sich aus psychiatrischer Sicht. Im Februar 2012 habe bei der Beschwerdeführerin eine Operation (mikrochirurgische Dekompression) stattgefunden. Dieser Eingriff habe nicht zu einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit geführt und die mittelgradige depressive Episode im Jahr 2013 sei gut behandelbar und nur vorübergehend gewesen. Ein Invalidisieren der Gesundheitsschaden sei damit nicht ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführer in zur Hauptsache auf den Standpunkt (Urk. 1), sie leide seit Jahren an einer psychischen Störung (mittel gradige depressive Episode n) und sei deswegen fortdauernd in psychiatrischer Behandlung. Eine Steigerung des Arbeitspensums über 50 % hinaus sei nicht realistisch (S. 4). Die im MEDAS-Gutachten diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung, insofern eine solche vorliege, sei nicht überwindbar. Ausser dem hätte ein solches Krankheitsbild nach dem neuen strukturierten Beweisverfahren abgeklärt werden müssen, was nicht erfolgt sei (S. 5 f.).

Der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Medizinischen Zentrum C.____, habe in seiner Stellungnahme festgehalten, dass anlässlich der MEDAS-Begutachtung die Äusserungen durch die Dolmetscherin nicht richtig übersetzt worden seien. Auch sei der psychopathologische Befund im Gutachten beschönigend dargestellt worden, und insgesamt sei das MEDAS-Gutachten oberflächlich, falsch und in den diagnostischen Beurteilungen unvollständig (S. 9 f.). Demgegenüber seien die Arztberichte von Dr. B.____ in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und überzeugend (S. 11).

Den behandelnden Ärzten und den Schilderungen des Arbeitgebers zufolge entspreche ihre aktuelle Tätigkeit einer leidensangepassten Arbeit und sie schöpfe ihre Restarbeitsfähigkeit vollumfänglich aus. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens sei deshalb vom tatsächlich erzielten Lohn auszugehen (S. 20). In Gegenüberstellung zum Valideneinkommen resultiere daraus ein Invaliditätsgrad von 54 % bzw. 64 %, weshalb, nachdem sie ab dem 14. November 2011 fortdauernd zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, ihr mit Wirkung ab September 2012 eine ganze, ab Oktober 2013 eine halbe und nach Lohnreduktion ab Oktober 2015 fortdauernd eine Dreiviertelsrente auszurichten sei (S. 21).

3.1

Am 10. August 2015 erstattete die MEDAS Bern das bei ihr von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/78). Die Experten (Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie, Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Dr. med. G.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH) stützten sich auf die IV-Akten (S. 4 ff.) und auf die von ihnen im Rahmen ihrer Untersuchungen vom 30. April, 1. und 22. Mai 2015 erhobenen Befunde (S. 15 ff.). Sodann hielten sie aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin und mittels einer Dolmetscherin die Familien-, Sozial- und Berufsanamnese, den Tagesablauf (S. 11-15) sowie die geklagten Leiden fest (vgl. insbesondere S. 17 und S. 21).

3.2

Folgende Diagnosen mit „Relevanz“ für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin wurden im Gutachten aufgeführt (S. 24): - Leichte somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 - Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen ICD-10 F59 Als Diagnosen ohne „Relevanz“ für die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten: - Status nach mikrochirurgischer Dekompression eines Arnold-Chiari-Syndroms mit zervikaler Syringomyelie am 12. Februar 2012 ohne neurologische Ausfälle - Cervico-Brachialgie rechts ohne neurologisch fassbare Ausfälle - Episodische Migräne ohne Aura - Hypertonie, Erstdiagnose im Februar 2013 - Status nach

tiefer Beinvenenthrombose im März 2009 - Adipositas Grad I -
Persönlichkeitsakzentuierung ICD-10 Z73.1 3.3

Die neurologische Teilgutachterin hielt fest (S. 30 f.), während der gesamten Untersuchungsdauer sei die Beschwerdeführerin im klinischen Eindruck voll umfänglich orientiert gewesen und es hätten sich keine Hinweise für Müdigkeit, raschere Ermüdbarkeit oder Fluktuationen der Vigilanz ergeben und es sei keine Interferenzanfälligkeit zu beobachten gewesen. Die Aufmerksamkeit und Konzentration hätten nach klinischem Eindruck der Kapazität entsprochen, die gemäss dem biographischen Hintergrund zu erwarten gewesen sei. Hinweise für konsistente Gedächtnis-Störung, für Aphasie, Apraxie oder Agnosie hätten sich keine ergeben. Vergleiche man die im Dossier vorliegenden Befunde mit den jetzt erhobenen, so lasse sich feststellen, dass eine Symptomatik in Form von Armschmerzen, Schwellung und Blaufärbung der Finger mit Kältegefühl und Kraftlosigkeit, insbesondere der Finger IV und V rechts nicht mehr erwähnt werde. Ganz im Vordergrund stehe aktuell die Kopfschmerzsymptomatik, die sich etwas über den Halswirbelsäulenbereich bis in Richtung der rechten Schulter ausweite. Alle anderen erhobenen Befunde seien regelrecht. In der Vergangenheit seien auch EEG (Elektroenzephalografie), SSEP (Somatosensibel evozierte Potentiale)

und MEP (Motorisch evozierte Potentiale) unauffällig gewesen, sodass auch zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden könne, dass die Operation des Arnold-Chiari-Syndroms mit zervikaler Syringomyelie im Februar 2012 erfolgreich verlaufen sei und eine relevante Restsymptomatik nicht mehr bestehe. Es sei ausserdem von einer Migräne ohne Aura auszugehen, die zu vorübergehender Einschränkung der Leistungsfähigkeit und kurzzeitig auch zu (einem Tag) Arbeitsunfähigkeit führen könne. Eine dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit lasse sich daraus jedoch nicht ableiten.

Aus neurologischer Sicht ergebe sich ein Belastungsprofil für leichte bis mittel schwere körperliche Tätigkeiten ohne permanente Zwangshaltung, ohne permanente Überkopfarbeiten, ohne einseitige Belastung des rechten Armes und der rechten Hand. Als Produktionsmitarbeiterin bestehe aus rein neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einem Pensum von 8.5 Stunden. 3.4

Der internistische Teilgutachter gab an (S. 35), es bestehe ein Status nach tiefer Beinvenenthrombose im März 2009. Seit dieser Zeit seien keine weiteren Thrombosen aufgetreten und keine Beschwerden mehr angegeben worden. Die Zirkulation peripher arteriell und peripher venös sei ungestört. Seit ca. Februar 2013 sei eine Hypertonie bekannt. Die Messung des Blutdrucks erfolge regelhaft durch den Hausarzt. Einschränkungen von Seiten der Hypertonie seien nicht geschildert und es seien keine kardialen Dekompensationszeichen vorhanden. Aus rein internistischen Gründen sei die Beschwerdeführerin zu 100 % leistungsfähig bei einem täglichen Zeitpensum von 8.5 Stunden. 3.5

Aus neurochirurgischer Sicht hielt der Fachexperte fest (S. 39), die recht gut Deutsch sprechende Beschwerdeführerin sei von einer Dolmetscherin begleitet worden, die jedoch nur selten und bei Bedarf sich im Gespräch habe äussern müssen. Die Beschwerdeführerin sei allseitig gut orientiert, freundlich und äussere sich spontan. Es bestehe eine gute Kooperation bei der Befragung und Untersuchung und es seien keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation vorhanden. Aus neurochirurgischer Sicht ergäben sich keine

Anhaltspunkte für eine aktuelle depressive Verstimmung. Gesamthaft gesehen habe die Beschwerdeführerin in der Untersuchung keinen leidenden Eindruck hinterlassen. Von der operativen Dekompression und Duraplastik cranio-cervical bei Arnold-Chiari-Syndrom habe sie sich vollständig erholt. Die bereits vor dem Eingriff bekannten Kopfschmerzen, im Sinne einer Migräne ohne Aura, und auch die inkonstanten und nicht typischen Cervico-Brachialgien rechts ohne radikuläre oder peripher neurologische Ausfälle, könnten nicht der operierten Missbildung angelastet werden.

Aus neurochirurgischer Sicht ergebe sich folgendes Fähigkeitsprofil respektive folgende Arbeitsfähigkeit: Die Beschwerdeführerin sollte in ihrem heutigen Beruf und bei der bereits ideal angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeiten. Aus neurochirurgischer Sicht seien somit weitere berufliche Massnahmen nicht indiziert und retrospektiv sei die Wiederaufnahme der Tätigkeit spätestens ab 31. Mai 2012 zu 100 % zumutbar. 3.6

Der psychiatrische Experte beschrieb (S. 15), dass die Beschwerdeführerin wach und in allen Qualitäten zu Zeit, Ort, zur eigenen Person und auch zur Situation orientiert sei. Das Ich-Bewusstsein sei ungestört, die Ich-Grenzen intakt und es seien keine psychotischen Ich-Störungen erkenn- oder explorierbar. Aufmerksamkeit, Konzentration und das Gedächtnis seien intakt und entsprächen den sonstigen Ressourcen. Kognitive Defizite seien nicht erkennbar. Die Beschwerdeführerin spreche Serbisch, jedoch auch Deutsch, wobei die Stimme mässig moduliert und die Ausdrucksweise differenziert seien und keine pathologischen Störungen der Wahrnehmung bestünden. Das Intelligenzniveau erscheine unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungssituation, der Schulbildung und des beruflichen Werdegangs, wie der allgemeinen Sozialisation durchschnittlich differenziert. Psychomotorisch wirke sie vorwiegend ruhig und Gestikulation und Mimik seien mässig lebhaft. Sie wirke stellenweise etwas ernst, darüber hinaus hätten sich aber keine Hinweise für eine depressive Herabgestimmtheit oder Ängstlichkeit ergeben. Ihre Persönlichkeit zeige etwas ängstliche, vermeidende Züge, wobei sie mit Bedacht überlege bevor sie handle und Konflikte meide. Sie wirke auch bescheiden, zurückhaltend, hilfsbereit, sei jedoch im Bedarfsfalle in der Lage, sich zu behaupten und durchzusetzen. Alltagsrelevante Zwänge, phobische Reaktionen oder eine Antriebsschwäche bestünden nicht und die Willenskräfte seien strukturiert und die Realitätsorientierung und der Realitätsbezug seien adäquat. Ihre Motivation in Bezug auf die berufliche Tätigkeit sei gut, bezogen auf das bisherige Arbeitspensum.

Gestützt auf die Labordiagnostik sei von der Einnahme der beiden angegebenen Antidepressiva und des Schlafmittels auszugehen. Von einer suffizienten anti depressiven Therapie könne jedoch aufgrund der Medikamentenspiegel nicht ausgegangen werden.

Im Weiteren führte der Gutachter aus (S. 18), die von der Beschwerdeführerin beschriebene depressive Symptomatik habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht mehr festgestellt werden können. In der Untersuchungssituation habe sie freundlich zugewandt, nicht unkonzentriert und auch nicht müde gewirkt und es sei auch nicht der Eindruck entstanden, dass die zweieinhalb Stunden dauernde psychiatrische Untersuchung sie besonders angestrengt habe. Gegenwärtig bestehe noch eine leichte psychische Beeinträchtigung, die von der Beschwerdeführerin auf eine angegebene Schmerzsymptomatik zurückgeführt werde, für die sich jedoch zwischenzeitlich keine hinreichenden somatischen Gründe mehr feststellen liessen.

In Bezug auf das Fähigkeitsprofil seien gegenwärtig nur geringe Beeinträchtigungen der Wissensanwendung und der Problemlösung festzustellen und keine Beeinträchtigungen in der Entscheidungs- und Entscheidungskraft. Es bestünden auch keine Störungen der Kommunikation, der Selbstversorgung des häuslichen Lebens und der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen. Auch finde sich keine mangelnde Aufmerksamkeitsfokussierung. Die Beschwerdeführerin sei durchaus in der Lage, einfache Aufgaben gemäss ihren Fähigkeiten und Erfahrungen auszuführen. Möglicherweise könne sie mit Stress- und Krisensituationen noch nicht adäquat umgehen, und die Durchhaltefähigkeit sei leicht reduziert. Aus diesem Grund könne die Arbeitsfähigkeit gegenwärtig allenfalls zu 10 % reduziert bewertet werden bei einer Leistung von 90 % und einer Präsenz von 8.5 Stunden. Das Ausmass der attestierten Arbeitsfähigkeit gelte ab Ende 2013. Vor diesem Zeitpunkt sei von einer vorübergehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit zwischen 1. März 2013 bis Ende des Jahres 2013 auszugehen (S. 20). 3.7

Aus interdisziplinärer Gesamtschau vermerkten die Experten zur Arbeitsfähigkeit (S. 25 f.), aus somatischer Sicht ergebe sich, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne permanente Zwangshaltung, ohne permanente Überkopfarbeiten, ohne einseitige Belastung des rechten Armes und der rechten Hand vollzeitlich, bei voller Leistung zumutbar seien. Aus psychiatrischer Sicht seien gegenwärtig nur geringe Beeinträchtigungen der Wissensanwendung und der Problemlösung festzustellen. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, Aufgaben auszuführen, die ihren Fähigkeiten und Erfahrungen angemessen seien. Die Durchhaltefähigkeit sei leicht reduziert.

Die Arbeitsfähigkeit als Produktionsmitarbeiterin am angestammten Arbeitsplatz sei aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt. Lediglich aus psychiatrischer Sicht sei bei voller Arbeitspräsenzzeit eine leichte Leistungsminderung um 10 % zu konstatieren. Die angestammte Tätigkeit sei ihren Fähigkeiten, Fertigkeiten und Beschwerden ideal angepasst. Berufliche Massnahmen seien daher nicht indiziert.

Aus neurologischer Sicht gelte die festgelegte volle Arbeitsfähigkeit ab der Entlassung aus der RehaClinic H.____ am 17. September 2012, abgesehen von periodischen, stundenweisen bis eintägigen Arbeitsunfähigkeiten während den Attacken aufgrund der Migräne ohne Aura. Aus neurochirurgischer Sicht sei die Aufnahme der Arbeit zum vollen Pensum und bei voller Leistung spätestens ab 31. Mai 2012 zumutbar, nachdem die postoperative Phase abgeschlossen und die Erholung klinisch vollständig gewesen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei vom 1. März bis 31. Dezember 2013 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab 1. Januar 2014 gelte die Arbeitsfähigkeit zu 90 %. 4.

4.1

Das umfangreiche Gutachten der MEDAS A.____ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen.

Aufgrund ihrer Untersuchungsbefunde konnten die Experten als einzige Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte somatoforme Schmerzstörung und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen diagnostizieren, wobei für den Rechtsanwender einleuchtend dargelegt wurde, dass

aufgrund der klinischen Befunde keine depressive Symptomatik (mehr) festgestellt werden konnte. Der psychiatrische Teilgutachter zeigte auch auf (Urk. 6/78 S. 18), dass das in den Berichten der behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums C.____ beschriebene Bild einer unterdurchschnittlichen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit nicht bestätigt werden kann, indem nachvollziehbar dargelegt wurde, dass eine derart stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung einerseits im Rahmen der neurologischen Abklärung des Neurozentrums Belle vue vom 23. August 2013 (vgl. Urk. 6/53/13-15) hätte auffallen respektive erwähnt werden müssen, und andererseits auch in den aktuellen Abklärungen, — weder in der psychiatrischen, noch in der neurologischen Begutachtung —, Hinweise für eine allfällige kognitive Störung feststellbar waren. 4.2

Die von den Behandlern des Medizinischen Zentrums C.____, Dr. med. B.____ und Dr. phil. I.____, in ihrer Stellungnahme vom 23. November 2015 (Urk. 6/89) geübte Kritik am Gutachten der MEDAS A.____ stützt im Wesentlichen auf die subjektive Ansicht der Beschwerdeführerin ab, indem unter anderem ausgeführt wurde, es sei davon auszugehen, dass die Dolmetscherin anlässlich der MEDAS-Begutachtung mit der deutschen Sprache überfordert gewesen sei. Auch die weiteren Kritikpunkte zur Anamnese, zum Tagesablauf etc. (vgl. Urk. 6/89/2) erschöpfen sich in der Wiedergabe der Ansicht der Beschwerdeführerin. Aus der Stellungnahme er schliesst sich auch nicht, ob die Unterzeichnenden die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Berichterstattung untersucht oder gesehen haben oder, was angesichts fehlender Angaben hierzu naheliegender erscheint, die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit eine Wiedergabe der früheren Beurteilung darstellt, wie sie insbesondere im Bericht vom 16. Dezember 2013 (Urk. 6/53/4-6) abgegeben wurde. Dass auf diesen Bericht aber nicht abgestellt werden kann, hat das hiesige Gericht bereits im Urteil vom 19. März 2014 erkannt (Urk. 6/54 E. 3.12 und E. 4.5). Sodann verweisen die weiteren Stellungnahmen des Medizinischen Zentrums C.____ vom 9. Januar 2017 (Urk. 6/100) und vom 30. Januar 2017 (Urk. 6/101) auf die vor ausgegangene

Stellungnahme vom 23. November 2015, weshalb ihnen ebenfalls keine anderen Erkenntnisse abzugewinnen sind. Schliesslich ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Die Berichterstattungen des Medizinischen Zentrums C.____ vermögen damit die Beweiswertigkeit des MEDAS-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. 4.3

4.3.1

Die Beschwerdegegnerin wies bereits in ihrem Einwand gegen den Vorbescheid zu Recht darauf hin, dass die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zur somatoformen Schmerzstörung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281 ;

vgl. E. 1.2.2 hiervor) zu berücksichtigen ist, auch wenn diese Rechtsprechung im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im April/Mai 2015 noch nicht bekannt war (Urk. 6/86/2). Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin äusserte sich in der Stellungnahme vom 23. September 2015 hierzu (Urk. 6/90/3).

Die neue Rechtsprechung bedeutet indes nicht, dass das Gutachten nun ohne Weiteres seinen Beweiswert verlieren würde. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist vielmehr im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). 4.3.2

Massgebend ist somit, ob gestützt auf das vorliegende Gutachten die gemäss neuer Rechtsprechung (E. 1.2.2) relevanten Indikatoren hinreichend beurteilt werden können.

Die von Dr. D.____, Dr. E.____ und Dr. G.____ detailliert erhobenen Untersuchungsbefunde waren grundsätzlich unauffällig. Eine ausgeprägte Komorbidität liegt damit nicht vor, wohl aber eine Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den neurologischen, internistischen und neurochirurgischen Befunden. Im Weiteren gelten Schmerzstörungen nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Diesbezüglich zeigte der psychiatrische Teilgutachter Dr. F.____ in Bezug auf die durchgeführten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbemühungen auf, dass sich die Symptomatik gebessert hatte und bei Fortführung der bisherigen Therapie weitere Fortschritte erzielt werden können (Urk. 6/78/20). Eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz ist damit zu verneinen. Der Gutachter befasste sich sodann mit der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin und zeichnete das Bild einer ängstlichen, hypochondrischen Persönlichkeit mit vermeidenden Anteilen, wobei sich aber aus der Biografie keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung ableiten liessen. Zum sozialen Kontext – zusammen mit dem Ehegatten und dem jüngeren Sohn in einer Eigentumswohnung lebend, wobei intensive Kontakte zur Familie angegeben werden, der Ehegatte eher der lebhaftere sei und er die wichtigen Entscheidungen treffe – nahm der Gutachter ausführlich Stellung (Urk. 6/78/15). Zur Konsistenz ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin neben dem Teilzeiterwerbsumsatz eine regelmässige soziale Teilhabe am Familienleben hat, mit täglichen Spaziergängen, teilweise mit dem Ehegatten, mit täglichen gemeinsamen Abendessen, regelmässigen Besuchen von weiteren Familienmitgliedern sowie einer Bekannten, jährlichen Besuchen bei den Eltern in Serbien und wöchentlichem Kontakt mit diesen über Skype. Sodann verbringt sie die Wochenenden meist im Schrebergarten zusammen mit der Familie. Ein Rückzug aus dem sozialen Beziehungsnetz liegt damit nicht vor. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen lässt sich somit nicht herleiten. Daneben ist aufgrund der Schilderung von einem geregelten Tagesablauf im Haushalt mit Aktivitäten ausser Haus auszugehen, wobei die Beschwerdeführerin auch in der Lage ist, zumindest für kurze Fahrstrecken, das Auto zu benutzen (vgl. Urk. 6/78/13 ff.) Insgesamt hat die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung somit auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und ist das Gutachten auch aus dieser Sicht nicht zu beanstanden. 4.3.3

Zusammenfassend ist aufgrund der nachvollziehbaren und umfassenden gutachterlichen Beurteilung die angestammte Tätigkeit in einem Vollzeitpensum zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit um 10 % reduziert ist. Ein Invaliditätsgrad in leistungs begründender Höhe lässt sich folglich nicht ermitteln. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung;

vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Damit erweist sich die Verfügung vom 10. März 2017 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerden führt. 5.

Die Kosten des vorliegenden Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang der Beschwerdeführer in 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 zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Luca Barmettler - 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, zuzu stellen.

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 GräubNef

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141

V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

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