

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00762 vom 19. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00762](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00762)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00762 du 19 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00762 del 19 marzo 2019

## Erwägungen

### E. 1.1

X.\_\_\_\_, geboren 1975, ist Mutter von drei Kindern (geboren 1997, 1999, 2005, Urk. 7/57/1-3) und arbeitete bis zur Kündigung (aus wirtschaftlichen Gründen) per Ende September 2002 als Aushilfe in einer Wäscherei bei der Y.\_\_\_\_ AG (Urk. 7/7, Urk. 7/16). In den Jahren 2003 und 2004 bezog sie Arbeitslosenentschädigung. Von Juli 2009 bis Ende 2011 arbeitete sie teilszeitlich an verschiedenen Stellen, zuletzt von Januar bis Dezember 2011 als Angestellte in der Wäscherei Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/89/2, Urk. 7/110/2).

Die Versicherte leidet an einer valvulären Herzkrankheit. Im Jahre 1994 war ihr ein Mitralklappenersatz mit biologischer Prothese eingesetzt worden, welche am 26. Juli 2005 in der Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals A.\_\_\_\_ durch eine mechanische Prothese ersetzt wurde (Urk. 7/1/1, Urk. 7/9/15). Ausser dem leidet sie an psychischen Beschwerden (Urk. 7/90/14).

### E. 1.2

Am 5. Februar 2008 hatte sich die Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an gemeldet (Urk. 7/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nach folgend: IV-Stelle), klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/23) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Dezember 2008 den Anspruch auf Arbeitsvermittlung (Urk. 7/34). Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/39) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 31. März 2009 im Verfahren Nr. IV.2009.00115 gut (Urk. 7/43). In der Folge verzichtete die Versicherte gemäss der Verfügung vom 5. Oktober 2009 wegen der Kinderbetreuung auf eine Arbeitsvermittlung (Urk. 7/49).

Mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2008 hatte die IV-Stelle ausserdem die Abweisung des Rentenbegehrens angekündigt (Urk. 7/36), wogegen die Versicherte mit Schreiben vom 2. Februar 2009 Einwand erhob (Urk. 7/37). Mit Verfügung vom 12. März 2009 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente mit einer Qualifizierung des Aufgaben- und des Erwerbsbereiches zu je 50% und bei einem Invaliditätsgrad von insgesamt 5% (Urk. 7/42).

### E. 1.3

Am

### E. 1.4

Die IV-Stelle holte in der Folge das Gutachten der polydisziplinären Begutachtungsstelle MEDAS C.\_\_\_\_ (nachfolgend: MEDAS) vom 31. März 2017 ein (Urk. 7/135).

Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle die Abweisung des neuen Leistungsbegehrens mit Vorbescheid vom 22. August 2017 an (Urk. 7/137). Dagegen erhob die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 20. September 2017 (Urk. 7/138), ergänzt mit Schreiben vom 23. Oktober 2017 (Urk. 7/142) und unter Beilage des Berichts des Universitären Herzzentrums des A.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2016 (Urk. 7/140),

Einwände. Die IV-Stelle stellte daraufhin Ergänzungsfragen an die MEDAS-Gutachter, welche diese mit Schreiben vom 4. Dezember 2017 beantworteten (Urk. 7/145).

Dazu nahm die Versicherte mit Schreiben vom 27. Februar 2018 Stellung (Urk. 7/153). Mit Verfügung vom 14. August 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 14. August 2018 sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen; eventua liter sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 24. Oktober

2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) in Art. 27 bis Absatz 2–4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 14. August 2018 und somit nach Inkrafttreten der Verordnungsänderung ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Verordnungsbestimmungen am 1. Januar 2018 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2017 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die revidierten Verordnungsbestimmungen abzustellen (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1).

## 2. 2 .1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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). 2.2

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 4 18 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechts erheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7). 2.3

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

Ausbezahlt wird die Rente nach Art. 29 Abs. 3 IVG vom Beginn des Monats an, in dem der Rentenanspruch entsteht.

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50

Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2 .4

#### 2 .4. 1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE

130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2 .4.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind

mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V 146; vgl. Art. 27 und 27 bis IVV in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018) wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ermittelt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei im Erwerbsbereich praxismässig berücksichtigt wird, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit erzielen würde. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ( BGE 131 V 51 E. 5.5.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2b und 5c). 2 .5

#### 2 .5.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 2 .5.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herab gesetzt oder

aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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 Hinweisen). 2.5.3

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, die neuen medizinischen Abklärungen zum Leistungsgesuch vom 3. Mai 2012 hätten ergeben, dass seit Oktober 2012 weder aus körperlicher noch aus psychiatrischer Sicht Einschränkungen in einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit bestehen würden. Die Ausführungen der Beschwerde führten zum Gutachten und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

seien medizinisch nicht belegt und würden eine fachfremde andere Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes darstellen. Die Beschwerdeführerin habe keine Ausbildung absolviert, sei mehrheitlich als Hausfrau und später im Reinigungsbereich tätig gewesen. Es seien ihr jegliche Tätigkeiten mit dem angegebenen Belastungsprofil zumutbar. Damit liege keine Invalidität vor und somit kein Rentenanspruch. Für eine Stellensuche würden keine gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen, daher sei die Regionale Arbeitsvermittlung zuständig (Urk. 2 S. 2 f.). 3.2

Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, die angefochtene Verfügung stütze sich auf ein äusserst mangelhaftes Gutachten. Das Beschwerdebild werde vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter vom 31. März 2017 völlig verharmlost und passe nicht zur Diagnose einer Panikstörung nach ICD-10 F41.0. Denn es liege keine Angst vor einer neuen Attacke vor, sondern eine primäre Angst, an der Herzkrankheit zu sterben. Auch seien die Symptome beinahe dauernd vorhanden und das Ganze habe wahnhaftige Züge. Ausserdem seien im psychiatrischen Teil gutachten das Beschwerdebild einer Anstrengungsdyspnoe mit Müdigkeit, Schläfrigkeit, linksseitige Brustdruck, unregelmässigem Puls, Synkopen/Schwindel, Angespanntheit und Angst, früher oder später sicher zu sterben, missachtet worden. Insbesondere hätte die oft auftretende Müdigkeit vom psychiatrischen Gutachter einbezogen werden müssen, da dafür gemäss dem Kardiologen kein organisches

Korrelat gegeben sei. Ferner sei übergegangen worden, dass die Leistungsfähigkeit bereits im Belastungs-EKG vom 22. April 2013 als nicht normal bezeichnet worden sei. Sodann sei nicht erklärt worden, weshalb die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Herzens nicht zu stellen sei. Diesbezüglich sei in Abweichung des B.\_\_\_\_-Gutachtens vom 27. Mai 2013 ohne nähere Begründung eine Wahnhaftigkeit in Bezug auf die Überzeugung, an einer tödlichen Krankheit zu leiden, verneint worden, obschon auch die MEDAS-Gutachter eine Einengung auf die Erkrankung festgehalten hätten. Aber auch das kardiologische-internistische Teilgutachten sei mangelhaft. Die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit widerspreche diversen Arztberichten, so dem B.\_\_\_\_-Gutachten, und sei mit der Angabe einer Literaturstelle ohne die Kenntnis der massgeblichen Parameter nicht nachvollziehbar begründet. Ferner beruhe die angefochtene Verfügung auf einem unvollständigen Belastungsprofil. Denn im Belastungsprofil gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 31. März 2017 seien die besonderen Anforderungen in Bezug auf Stresstoleranz und psychische Belastbarkeit nicht berücksichtigt worden. Sodann sei unbedeutend, dass sie, die Beschwerdeführerin, Urlaubsreisen vornehmen könne und sich mit Freundinnen treffe, da solche Situationen mit dem Stressniveau und der Belastung einer Arbeitsstelle nicht annähernd vergleichbar seien. Des Weiteren sei beim Invalideneinkommen ein Abzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 9 ff.). 3.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschätzung der Beschwerdeführerin vom 26. April 2012 (Urk.

## **E. 2**

6. April 2012 -

mit Eingang vom 3. Mai 2012 - meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk.

## **E. 7**

/56) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell-rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad von 5 % gemäss der Verfügung vom 12. März 2009 (Urk. 7/42) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2018 (Urk. 2) in leistungsbegründendem Ausmass verändert hat.

Die angefochtene Verfügung bildet dabei rechtspfungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbeugnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1,

## **E. 12**

2 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). Der frühestmögliche Beginn einer allfälligen Rente ist aufgrund der Neuanschätzung der Beschwerdeführerin vom 26. April 2012 (Urk. 7/56; Poststempel vom 30. April 2012, Urk. 7/61) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 29 ATSG der 1. Oktober 2012. 4.

Bei der rentenabweisenden Verfügung vom 12. März 2009 (Urk. 7/42) stützte sich die Beschwerdegegnerin bezüglich der Statusfrage und der gesundheitlichen Einschränkung im Haushaltsbereich auf den Abklärungsbericht vom 26. September 2008, wonach im Gesundheitsfall eine Aufteilung im Aufgaben-

und im Erwerbsbereich zu je 50 % und eine Einschränkung von 8,85 % festgestellt worden waren (Urk. 7/18).

In medizinischer Hinsicht ging die Beschwerdegegnerin in der Rentenabweisung den Verfügung vom 12. März 2009 (Urk. 7/42) gestützt auf die Einschätzung der Ärzte der Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals

A.\_\_\_\_ (Berichte vom 3. Juni 2008, Urk. 7/14, und vom 26. September 2007, Urk. 7/28) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in der Wäscherei und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten Tätigkeit aus (vgl. Feststellungsblätter der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2008, Urk. 7/20, und vom 12. März 2009, Urk. 7/41 sowie Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2009.00115 vom 31. März 2009, Urk. 7/43/4).

Gemäss dem Bericht des A.\_\_\_\_

vom 26. September 2007 wurde die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Kombiniertes, rheumatisches Mitralklappenventrium bei/mit Status nach Mitralklappenersatz 1994 (Bioprothese) und Status nach Mitralklappenersatz am 26. Juli 2005 mechanische Prothese sowie Echokardiographie vom 3. Juni 2008 (Klappe mit einwandfreier Funktion, transvalvulärer Insuffizienz, leichter Aorteninsuffizienz, dilatierendem, exzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel [LV]

mit normaler Ejektionsfraktion [EF], 59%). Die Beschwerdeführerin habe über eine ausgeprägte Leistungsintoleranz und Müdigkeit sowie über gehäufte Palpationen, was sie zusätzlich erschöpfe, berichtet. Sie könne den Alltag mit den Kindern, dem Putzen und Aufräumen etc. kaum bewältigen. Sport oder sonstige grössere Anstrengungen unternehme sie jedoch nie. Dyspnoe, Orthopnoe, periktanginöse Beschwerden, Schwindel oder Orthostasebeschwerden seien verneint worden. Gelegentlich hätten Knöchel- und Handödeme gegen Abend bestanden. Insgesamt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer körperlich leichten Tätigkeit (Urk. 7/14/8).

Von dieser Sachlage ist als Vergleichsbasis auszugehen. 5.5.1

Im Urteil IV.2015.00165 vom 29. Juli 2016 erkannte das Gericht zur Statusfrage, es sei aufgrund des Berichts vom 17. Dezember 2014 zur Haushaltsabklärung vom 31. Oktober 2013 (Urk. 7/110) für den Gesundheitsfall von einem 80%igen Pensum im Erwerbsbereich und dementsprechend von einem 20%igen Pensum

im Haushaltsbereich auszugehen, womit eine Veränderung im massgeblichen Sachverhalt ausgewiesen sei.

Auch hinsichtlich der Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich sei auf den Haushaltsbericht vom 17. Dezember 2014 - mithin von einer Einschränkung von 10,6% respektive (gewichtet mit 20%) von einem Invaliditätsgrad von 2,12% (Urk. 7/110/6) - abzustellen (E.

4; Urk. 7/120/9-11). Davon ist weiterhin auszugehen, zumal die Parteien dazu nichts vorbrachten.

In medizinischer Hinsicht hielt das Gericht im Urteil IV.2015.00165 vom 29. Juli 2016 bei der damaligen Aktenlage fest, die

Auswirkungen der Herzkrankheit auf die Arbeitsfähigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% in einer körperlich leichten Tätigkeit sei im Vergleich zum Sachverhalt, wie er der

Verfügung vom 12. März 2009 (Urk. 7/42) zugrunde gelegen habe (Urk. 7/14, Urk. 7/28), unverändert.

Eine Veränderung des Gesundheitszustandes sei jedoch insofern auszuweisen, als zusätzlich zu den Herzbeschwerden psychische Beschwerden mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit ab Mitte 2012 aufgetreten seien. Jedoch könne zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Einschätzung gemäss dem B.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Mai 2013

(Urk. 7/90/13-19) und von pract. med. D.\_\_\_\_ (Urk. 7/116/37, Urk. 7/64) abgestellt werden. Denn bezüglich der von den B.\_\_\_\_-Gutachtern gestellten Diagnose einer somatoformen, autonomen Funktionsstörung des Herzens (ICD-10 F45.3) handle es sich um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild, das unter Berücksichtigung des mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 präzisierten strukturierten, normativen Prüfungsrasters zu beurteilen sei. Mit dem B.\_\_\_\_-Gutachten liege indes keine hinreichend

begründete Entscheidungsgrundlage

vor, welche eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren erlaube und ausreichend zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beitrage. Ausserdem seien die weiteren vom psychiatrischen B.\_\_\_\_-Gutachter gestellten Diagnosen einer mittelgradigen Depression im Sinne von ICD-10 F32.1 („mittelgradige depressive Episode“) und einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2; Urk. 7/90/14) nach der

- damals gültig gewesenen, mittlerweile mit BGE 143 V 409 geänderten

-

bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Rahmen der Leistungen der Invalidenversicherung nicht ohne Weiteres als eigenständige Krankheitsbilder anerkannt. Des Weiteren fehle es an einem Bericht der behandelnden psychiatrischen Ärzte des E.\_\_\_\_ und eine medizinische interdisziplinäre Stellungnahme zu den Standardindikatoren (E. 5.3 -5.5; Urk. 7/120/14 -

**E. 17**

) . 5.2

Nach den weiteren Abklärungen der Beschwerdeführerin

liegt nunmehr

das MEDAS-Gutachten vom 31.

März 2017 (Urk. 7/135) vor. Danach wurde die Beschwerdeführerin am 10. und 31. Januar 2017 aus allgemein-internistischer, kardiologischer und psychiatrischer Sicht untersucht (Urk. 7/135/2). Die Gutachter stellten im polydisziplinären Konsens die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aorteninsuffizienz echokardiographisch mittleren Schweregrades bei post rheumatisch veränderter Aortenklappe, (aktuell [Februar 2007] echokardiographisch normal grosser, exzentrischer hypertrophierter linker Ventrikel mit normaler Ejektionsfraktion, Befundkonstanz gegenüber Voruntersuchungen von Januar 2016 und Februar 2014; NYHA I-II, unauffällige Stress echokardiographie [Februar 2014] und unauffällige Ergometrie [Januar 2016]). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die

folgenden Diagnosen auf geführt: Kombiniertes rheumatisches Mitralklappenitium mit/bei Zustand nach RE-MKE mit mechanischer Prothese im Juli 2005, aktuell [Februar 2017] regel rechte Funktion der Klappenprothese sowie Zustand nach MKE mit Bioprothese 1994; paroxysmales Vorhofflimmern, Erstdiagnose am 8. Januar 2016, aktuell überwiegend stabiler Sinusrhythmus unter antiarrhythmischer Therapie mit Dronedron ; Adipositas ( BMI 31.6 kg/m<sup>2</sup> ), arterielle Hypertonie, Panik ohne Agoraphobie (ICD-10 F41.0 ; Urk. 7/135/38-39 ).

Die Arbeitsfähigkeit sei allein aufgrund der Aorteninsuffizienz mittleren Schweregrades als Folge einer rheumatisch bedingten Herzerkrankung eingeschränkt. Darüber hinaus bestehe weder auf dem allgemeinmedizinisch-internistischen noch auf dem psychiatrischen Gebiet ein Gesundheitsschaden von versicherungsmedizinischer Relevanz. Seit Oktober 2012 und derzeit fortdauernd sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten als Büglerin gegeben, sofern diese Arbeit auch teilweise im Sitzen und nicht ausschliesslich im Stehen ausgeübt werden könne. Weiterhin müsse für den Fall des sporadischen Auftretens von Herzrasen die Möglichkeit zur betriebsunüblichen Arbeitsunterbrechung für die Dauer des Anfalls gegeben sein. Für körperlich sehr leichte und leichte, überwiegend im Sitzen auszuführende Arbeiten mit Heben, Hantieren und Tragen von Lasten bis zu 5 Kilogramm sowie gelegentlichem Heben, Hantieren und Tragen von Lasten bis zu 10 Kilogramm bestehe seit Oktober 2012 und derzeit fortdauernd eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch hier müsse für den Fall des sporadischen Auftretens von Herzrasen die Möglichkeit zur betriebsunüblichen Arbeitsunterbrechung für die Dauer des Anfalls gegeben sein ( Urk. 7/135/39-41).

In der Stellungnahme vom 4. Dezember 2017

zu den Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin

machten die MEDAS-Gutachter zudem

weitere Ausführungen zur Diagnose einer Panikstörung ohne Agoraphobie und deren Auswirkung auf die Stresstoleranz, zur psychischen Belastbarkeit unter Berücksichtigung des Funktionsniveaus im Alltag und im Besonderen bei der beruflichen Eingliederung sowie zur vermehrten

Ermüdbarkeit und Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht ( Urk. 7/145). 5.3.5.3.1

Mit dem MEDAS-Gutachten vom 31. März 2017 (Urk. 7/135), ergänzt mit Stellungnahme vom 4. Dezember

2017 (Urk. 7/145), liegt nunmehr ein umfassendes, polydisziplinäres Gutachten vor, das alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt. Es bildet insbesondere auch eine beweisrechtlich hinreichende medizinische Grundlage für die Prüfung des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Beschwerden mittels des strukturierten, normativen Prüfungsraster gemäss BGE 141 V 281 und 143 V 418 (vgl. dazu E. 5.4 nachfolgend). 5.3.2

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keiner anderen Betrachtungsweise.

Namentlich

ist

die vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter gestellte Diagnose einer Panikstörung ohne Agoraphobie (ICD-10 F41.0) unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden nachvollziehbar. Dazu wurde im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten und ergänzend in der Stellungnahme vom 4. Dezember 2017 (Urk. 7/145) ausgeführt, die Diagnose einer Panikstörung ohne Agoraphobie (ICD-10 F41.0) sei folgendermassen definiert: "Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Ersticken- und Schwindelgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden." Im Fall der Beschwerdeführerin sei den Akten zu entnehmen, dass sie seit 2008 anfallsweise an Atemnot, Palpitationen und Übelkeit leide. Anlässlich der Begutachtung habe

die Beschwerdeführerin angegeben, sie spüre oft einen schnellen Herzschlag von bis zu einer Stunde Dauer mit ansteigender Angst, Druck auf der Brust, Schweißausbruch, ohne Zittern, Atemnot, die langsam nachlassen würden. Die Panik mit Herzklopfen und Angst trete innerhalb von zwei Wochen einmal auf, in dieser Häufigkeit seit 8 Monaten, zu vor mehrfach in der Woche.

Aus dieser

Schilderung der Beschwerden

lasse sich die Kombination an Gegebenheiten ableiten, mit welcher gemäss ICD-10 eine Panikstörung nach der aufgeführten Definition zu stellen sei. Zu den geklagten Beschwerden sei zudem festzuhalten, dass eine anxiolytische Therapie mit Temesta und Deanxit durchgeführt werde, unter welcher über ein insgesamt verbessertes Allgemeinbefinden trotz weiter empfundener erhöhter Ermüdbarkeit berichtet worden sei und die Panikstörung gut kompensiert sei (Urk. 7/135/11-12, Urk. 7/135/27, Urk. 7/135/34, Urk. 7/145/1-2).

Diese Begründung

der MEDAS-Gutachter zur psychiatrischen Diagnosestellung überzeugt, zumal die geklagten Beschwerden mit den Diagnosekriterien von ICD-10 F41.0 vereinbar sind. Das MEDAS-Gutachten enthält des Weiteren auch eine ausführliche und schlüssige Begründung dazu, weshalb die von den B.\_\_\_\_-Gutachtern gestellten Diagnosen (Urk. 7/90/25) nicht gefolgt werden könne (Urk. 7/135/36-37).

Dagegen war die von den B.\_\_\_\_-Gutachter gestellte Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Herzens (ICD-10 F45.3) ungenügend begründet worden. Bereits im Urteil IV.2015.00165 vom 29. Juli 2016 war zum B.\_\_\_\_-Gutachten zudem festgehalten worden, dass auf das B.\_\_\_\_-Gutachten nicht abgestellt werden könne, da die Unüberwindbarkeit des Leidens aufgrund der aus psychiatrischer Sicht gestellten Diagnosen allein mit dem Hinweis auf wenig Ressourcen und ohne weitere Begründung festgestellt worden sei (E. 5.3.3; Urk. 7/120/15). Zur angeblichen dauernden Wahnhaftigkeit, auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft, war im B.\_\_\_\_-Gutachten

lediglich festgehalten worden, dass die Fixierung auf die Herzproblematik fast wahnhaft anmutet, denn die Beschwerdeführerin sei fest davon überzeugt, dass sie an einer schweren Herzerkrankung leide, die über kurz oder lang ihren Tod herbeiführen würde. Dies habe zu einer deutlich angstgetönten mittelgradigen depressiven Verstimmung geführt (Urk. 7/90/24 -25 ). Bei der Diagnose einer somatoformen autonomen

Funktionsstörung des Herzens (ICD-10 F45.3) werden als Diagnosekriterium nach ICD-10 indes weder

Wahnhaftigkeit

noch eine

spezifische Angst aufgeführt. Vielmehr handelt es sich um eine somatoforme Störung, bei der vom Patienten vegetative Symptome wie Palpitationen , Schweißausbrüche etc. und Symptome wie Brustschmerzen, aussergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung etc. einer körperlichen Krankheit zugeordnet werden , wobei kein Nachweis einer Störung von Struktur oder Funktion dieser Organe oder Systeme besteht, über welche die Patienten sich Sorgen machen (vgl. Dilling , Mombour , Schmidt, Schulte-Markwort, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] , Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 5. Auflage 2011, S. 135 f. ). Dies ist hier indes gerade nicht der Fall . Ausschlaggebend ist letztlich aber nicht die diagnostische Einschätzung der Symptomatik, sondern deren funktionelle Auswirkung, wozu im B. \_\_\_ -Gutachten ungenügende Angaben gemacht worden waren . 5.3.3

Auch den Einwänden der Beschwerdeführerin zur Symptomatik und dem Belastbarkeitsprofil , nämlich dass im MEDAS- Gutachten die oft auftretende Müdigkeit, die Stresstoleranz und psychische Belastbarkeit nicht hinreichend berücksichtigt worden seien , kann nicht gefolgt werden.

Die

rasche Ermüdbarkeit, für welche aus allgemein-internistischer und kardiologischer Sicht kein somatisches Korrelat festgestellt worden sei (Urk. 7/135/11-12, Urk. 7/135/20 , Urk. 7/145/2 ), wurde im psychiatrischen MEDAS- Teलगutachter in der Aktenzusammenfassung und in der Beurteilung zitiert (Urk. 7/23-25 , Urk. 7/135/34 ) sowie in den Befunden unter zirkadiane Besonderheiten mit "erhöhter Müdigkeit im Tagesverlauf" (Urk. 7/135/32 ) und bei der Beurteilung als neurasthene Symptomatik mit leichter Reizbarkeit und Ermüdbarkeit berücksichtigt ( Urk. 7/135/34). Zu Recht bezog der Gutachter in die Beurteilung hierzu ausserdem die Tagesstruktur, die Modifikationsfähigkeit die Freudfähigkeit, Genussfähigkeit, die soziale Partizipation ein und schloss nachvollziehbar darauf, dass keine relevante depressive Störung vorliege (Urk. 7/135/34).

Zur Frage nach der Berücksichtigung von Stresstoleranz und psychischer Belastbarkeit im Belastungsprofil erklärten die Gutachter ebenfalls

fundierte und zu Recht mit Hinweis auf das funktionelle Leistungsniveau im Alltag , dass es sich bei der Panikstörung um eine leichtere psychische Störung handle, die nicht die Annahme einer dauerhaft verminderten Stresstoleranz rechtfertige . Aus der Exploration der Alltagstätigkeiten sei keine erhöhte Stressanfälligkeit abzuleiten. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, Urlaubsreisen in die Türkei anzutreten, Sozialkontakte unabhängig von Begleitung zu unterhalten, Geldgeschäfte am Automaten vorzunehmen oder ihre Kinder zu

begleiten. Auch habe sie sich in der gutachterlichen Untersuchung psychopathologisch im Wesentlichen unauffällig gezeigt. Insbesondere sei aus der Beobachtung ihres Verhaltens während der Untersuchung, die per se ein starker Stressor sei, keine besondere Stressanfälligkeit erkennbar gewesen. Die angegebene Frequenz der auftretenden Panikattacken sei darüber hinaus nicht geeignet, die wesentlichen Einschränkung des Funktionsniveaus zu begründen (Urk. 7/145/3). Dies ist vollumfänglich nachvollziehbar.

Auch der Rüge, dass die Einschätzung der MEDAS-Gutachter aus allgemein-internistischer und kardiologischer Sicht einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit diversen Arztberichten widerspreche und mit der Angabe einer Literaturstelle nicht nachvollziehbar begründet sei, kann nicht gefolgt werden. Denn die MEDAS-Gutachter beantworteten die Frage zur Abweichung vor früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit ausführlich und fundiert, wobei sie auf die Literaturstelle lediglich ergänzend verwiesen. Auch ohne diesen Hinweis ist die Begründung umfassend und nachvollziehbar. Und zwar erklärten sie, als führender, die körperliche Leistungsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden bestehe aus kardiologischer Sicht eine mittelschwere Aorteninsuffizienz bei post-rheumatischer veränderter Aortenklappe. Aufgrund der chronischen Volumenbelastung der linken Herzkammer durch die teilweise Schlussunfähigkeit der Aortenklappe würden sich Einschränkungen für die körperliche Belastbarkeit entsprechend der im Gutachten ausgewiesenen Belastungsprofile ergeben. Eine darüberhinausgehende quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten oder sehr leichten, überwiegend im Sitzen auszuübenden Tätigkeit ergebe sich aufgrund der vorliegenden Befunde derzeit jedoch nicht. Im mehrjährigen Verlauf hätten die echokardiographischen Untersucher je eine Befundkonstanz konstatiert. So habe sich insbesondere der linke Ventrikel als normal gross dargestellt, es sei demnach bislang nicht zu einer Dilatation des Ventrikels als Zeichen einer möglichen Schädigung durch die chronische Volumenbelastung gekommen. Auch sei die Auswurfraction des linken Ventrikels jeweils (Februar 2014, Januar 2016, Februar 2017) als normal beschrieben. Die angegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit befinde sich sodann im Einklang mit den in der Literatur für nicht operationsbedürftige Aorteninsuffizienzen abgegebenen Empfehlungen (Urk. 7/135/20-22, Urk. 7/145/2-3). Diese Ausführungen sind mit den Akten vereinbar und überzeugen.

Insbesondere die

angeblich abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem B.\_\_\_\_-Gutachten vermag daran nichts zu ändern. Denn zum einen war im kardiologischen

B.\_\_\_\_-Teilgutachten keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen (Urk. 7/90/28). Zum anderen wurde im internistischen Teilgutachten und im Hauptgutachten festgehalten, dass aus kardiologischer Sicht nach abgebrochener Ergometrie keine brauchbaren Schlüsse über die Leistungsfähigkeit hätten gezogen und keine sicheren Angaben über die Arbeitsfähigkeit hätten gemacht werden können. Das Echokardiogramm zeige indes keine schwerwiegenden Pathologien und insgesamt könne das Operationsresultat als gut bezeichnet werden. Im klinischen Status hätten keine nennenswerten Pathologien, insbesondere keine manifesten Insuffizienzzeichen bei normaler Auswurfraction im Echo, nachgewiesen werden können.

Zusammengefasst seien aus somatischer Sicht körperlich schwere Tätigkeiten auszuschliessen (Urk. 7/90/13). Ausschlaggebend sei aber nicht der somatische Befund,

sondern die psychische Situation (Urk. 7/90/15). S. somit war

auch von den B.\_\_\_\_ -Gutachtern aus somatischer Sicht keine erhebliche quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichteren Tätigkeit attestiert worden .

Das B.\_\_\_\_ -Gutachten vermag die überzeugend begründete Einschätzung der somatischen MEDAS-Gutachter einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit folglich

nicht in Zweifel zu ziehen, zumal das B.\_\_\_\_ -Gutachten bereits mit Urteil IV.2015.00165 vom 29. Juli 2016 als nicht beweiskräftig beurteilt worden war . 5.3.4

Das MEDAS-Gutachten vom 31. März 2017 (Urk. 7/135) , ergänzt mit Stellungnahme vom 4. Dezember 2017 (Urk. 7/145), ist nach dem Gesagten sowohl in psychischer als auch somatischer Hinsicht nachvollziehbar

und beweiskräftig.

Sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers führen zu keiner anderen Betrachtungsweise. 5.4.5.4.1

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 31. März 2017 (Urk. 7/135/39-41) abstellte.

Dies gilt auch mit Blick auf das mittlerweile für sämtliche psychischen Leiden massgebliche beweisrechtliche Prüfungsraster gemäss der neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung und die danach massgeblichen Standardindikatoren (BGE 141 V 281 E. 4.3-4.4, präzisiert in BGE 143 V 418 E. 5.2 und E. 8.1). So ist in Bezug auf die Kategorie funktioneller Schweregrad die Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1, 143 V 418 E. 5.2) als leicht einzustufen, da die diagnostizierte Panikstörung ohne Agoraphobie (ICD-10 F41.0) gemäss den MEDAS-Gutachtern von leichter Ausprägung ist (Urk. 7/135/40). Hinsichtlich des Indikators des Behandlungs- und Eingliederungserfolges (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ist dabei massgeblich, dass gemäss dem MEDAS-Gutachten durch die medikamentöse Behandlung zusammen mit der psychologischen Therapie eine Verbesserung mit psychischer Stabilisierung und dem Ergebnis von normalen Alltags- und Freizeitaktivitäten bewirkt werden konnte (Urk. 7/135/40). Eine Therapieresistenz der psychischen Beschwerden liegt somit nicht vor . Betreffend den Indikator der Komorbiditäten respektive begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1, 143 V 418 E. 8.1) ist hinsichtlich der attestierten Arbeits (un) fähigkeit beachtlich, dass die MEDAS-Gutachter

bereits die Gesamtwirkung sämtlicher Beschwerdebilder (Herzerkrankung und Panikstörung sowie neurasthene Symptome mit leichter Reizbarkeit und Ermüdbarkeit ohne erhebliche psychopathologische Relevanz) aus polydisziplinärer Sicht und mit Bezug auf den Funktionsstatus nachvollziehbar gewürdigt und in die Einschätzung einbezogen

haben (Urk. 7/135/34-35, Urk. 7/135/38-41, Urk. 7/145/1-3). Unter dem Komplex Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2) sodann sind keine belastenden Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen anzunehmen. Denn den Akten ist weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine auffällige Persönlichkeitsstruktur zu entnehmen. Ausserdem ist hinsichtlich des Komplexes sozialer

Kontext (BGE 141 V

281 E. 4.3.3) von mobilisierbaren Ressourcen durch den Lebenskontext auszu gehen , da die Beschwerdeführerin im Kreise ihrer Familie

( mit Ehemann und drei Kinder n ) lebt und eine Unterstützung durch das soziale Netzwerk zu bejahen ist. So ist der Ehemann erwerbstätig und unterstützt sie finanziell sowie durch die Mithilfe im Haushalt. Die Beschwerdeführer in hat ausserdem regelmässigen Kon takt zu Freundinnen, welche sie auch im Haushalt unterstützen, und zu Ver wandten ( Urk. 7/110, Urk. 7/135/28).

Vor diesem Hintergrund wäre eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als die von den MEDAS-Gutachtern a ttestierte 100%ige Arbeits fähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (mit dem angegebenen Anforderungsprofil) mit der Kategorie des funktionellen Schweregrades beweisrechtlich nicht zu vereinbaren. Auf nichts Anderes lässt sodann auch die Kategorie Konsistenz (Gesichtspunkte Verhalten: gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen; Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen; BGE 141 V 281 E. 4.4) schliessen. Zur normativen Prüfung anhand der Standardindi katoren hat die Beschwerdeführerin

im Übrigen nichts vorgebracht .

5.4.2

Somit ist für die Zeit ab Oktober 2012 gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 3 1. März 2017 von einer Arbeitsfähigkeit in einer körperlich sehr leichten und leichten, überwiegend im Sitzen auszuführenden Tätigkeit mit Heben, Hantieren und Tragen von Lasten bis zu 5 Kilogramm, gelegentlichem Heben, Hantieren und Tragen von Lasten bis zu 10 Kilogramm, sowie mit der Möglichkeit zur betriebsunüblichen Arbeitsunterbrechung für die Dauer eines Anfalls mit Herz rasen auszugehen ( Urk. 7/135/40-41).

Im Vergleich zum Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 1 2. März 2009 (Urk. 7/42 ) zugrunde gelegen hatte, ist damit für die hier massgebliche Zeit ab Oktober 2012 k eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus ge wiesen. Es bleibt s omit bei einer Ä nderung des Sachverhaltes

hinsichtlich des Status, wonach ab Oktober 2012 neu von einer Tätigkeit im Gesundheitsfall von 80 % im Erwerbzbereich und von 20 % im Haushaltsbereich auszugehen ist, letzteres mit einer Einschränkung von 10,6 % respektive einem Invaliditätsgrad von 2,12 % (vgl. E. 5.1 hiervor). 6. 6.1

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine , 128 V 174). Massgeblich ist das Jahr des frühest möglichen Beginns einer allfälligen Rente, mithin das Jahr 2012 .

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest mögliche n Rentenbeginns nach dem Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hin weis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1). Die Beschwerdegegnerin war in der letzten rentenab wei senden Verfügung vom 1 2. März 2009 vom Einkommen aus der Tätigkeit als Hilfs arbeiterin im Aushilfsverhältnis auf Stundenbasis in einer Wäscherei aus gegangen (Urk. 7/21/1, Urk. 7/42/2). Dieses

Arbeitsverhältnis wurde von Seiten der Arbeitgeberin aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (Urk. 7/16/2). Deshalb und weil es sich um eine Aushilfstätigkeit handelt, ist es rechtfertigt, zur Bestimmung des Valideneinkommens auf die statistischen Durchschnittslöhne gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) abzustellen.

Massgeblich ist somit das statistische Monatseinkommen nach LSE 2012, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level (Kompetenzniveau 1, Frauen, Sektor 3 Dienstleistungen), von Fr. 3'978.--. Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen (vom BFS erhobenen) wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2012 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Abschnitt A-S, Sektor III) resultiert

für das Jahr 2012 (bei einem 80%igen Pensum bezüglich der bis Ende 2017 gültig gewesenen Rechtslage) mithin ein Valideneinkommen von

Fr. 39'811.85 (Fr. 3'978.-- x 12 : 40 x 41,7 x 80 %). 6.2

Das Invalideneinkommen ist ausgehend vom Tabellenlohn gemäss der LSE 2012, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level (Kompetenzniveau 1, Frauen, Total), von Fr. 4'112.-- zu ermitteln. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2012

resultiert ein Durchschnittseinkommen im Jahr 2012 von Fr. 51'441.20 (Fr. 4'112.-- x 12 :

40 x

41,7).

Dieser Betrag ist recht sprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Hier würde selbst unter Berücksichtigung eines Abzuges in maximaler Höhe von 25 % ein Invaliditätsgrad von unter 40 % im Erwerbsbereich resultieren. Denn damit wäre (bezüglich der bis Ende 2017 gültig gewesenen Rechtslage) maximal eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'230.95 gegeben (Fr. 39'811.85 - [Fr. 51'441.20 x 0.75% = Fr. 38'580.90]), was einem Invaliditätsgrad von (gerundet) höchstens 3 % im Erwerbsbereich entsprechen würde ([Fr. 1'230.95

x 100] :

Fr. 39'811.85).

6.3

Gewichtet mit dem 80%igen Erwerbsbereich resultiert (bezüglich der bis Ende 2017 gültig gewesenen Rechtslage) zusammen mit dem Invaliditätsgrad im Aufgabebereich von 2,12 % ein Invaliditätsgrad von gerundet weiterhin (höchstens) 5 % (2,4 % + 2,12 %). Dies

begründet weiterhin keinen Rentenanspruch (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Dasselbe gilt auch unter Berücksichtigung des ab 1. Januar 2018 gültigen neuen Berechnungsmodells nach Art. 27 bis Abs. 2-4 IVV. Denn selbst unter der Annahme einer 100%igen Erwerbstätigkeit beim Valideneinkommen

( Art. 27 bis

Abs. 3 IVV) mit Fr. 49'764.80 würde bei einem minimalen Invalideneinkommen von Fr. 38'580.90 (mit dem höchsten Abzug von 25%) eine Erwerbseinbusse von höchstens Fr. 11'183.90 und damit ein Invaliditätsgrad von höchstens 22 % ( [Fr. 11'183.90 x 100 ] : Fr. 49'764.80) im Erwerbsbereich resultieren . Gewichtet mit dem 80%igen Umfang des Erwerbsbereichs ergäbe dies zusammen mit dem Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich von 2,12 % ein Invaliditätsgrad von gerundet (höchstens) 20 % (17,6 % + 2,12 %). Dies begründet ebenfalls keinen Rentenanspruch (Art. 28 Abs. 2 IVG). 6.4

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise

auf Fr. 700.-- anzusetzen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:  
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Elias Hörhager - 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, zu zustellen.

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 GrünigHartmann

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