

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00632 vom 24. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00632

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00632 du 24 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00632 del 24 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, war von Oktober 2005 bis März 2007 bei der Y.____ als Betriebsmitarbeiterin tätig (Urk. 11/13 Ziff.

2.1 und 2.7) und meldete sich am 4. Oktober 2007 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte Arztberichte (Urk. 11/16, Urk. 11/21) und einen Arbeitgeberbericht (Urk. 11/13) ein und beteiligte sich an einem vom Krankenversicherer veranlassten interdisziplinären Gutachten, das am 20. November 2007 erstattet wurde (Urk. 11/22 = Urk.

11/23/2-17).

Mit Vorbescheid vom 29. Juli 2008 stellte die IV-Stelle in Aussicht, einen Rentenanspruch zu verneinen (Urk. 11/45). Dagegen erhob die Versicherte am 1.

September, am 1. und 19. Dezember 2008, am 6. und 27. Januar, am 9. März

und am 13. August 2009 Einwände (Urk. 11/51, Urk. 11/62, Urk. 11/68, Urk.

11/72, Urk. 11/74, Urk. 11/76, Urk. 11/81/1-2). In der Folge holte die IV Stelle bei

der MEDAS Z.____

das polydisziplinäre Gutachten vom

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 1.2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden kön

nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 5. Juni 2013 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 4. Juli 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1) und es sei ihr eine Rente, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % , zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. September 2013 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 1 0. Oktober 2013 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus , gemäss dem MEDAS-Gutachten sei d ie Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit wie auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bei der Y.____ zu 100 % arbeitsfähig (S. 3 unten).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das MEDAS-Gutachten leide an unheilbaren formellen Mängeln (S. 5 f. Ziff. 2.3); in materieller Hinsicht sei es „unschlüssig und nicht nachvollziehbar“ (S 6 f. Ziff. 2.4). Sodann kritisierte sie die psychiatrische (S. 7 ff. Ziff. 2.5) und die rheumatologische (S. 9 ff. Ziff. 2.5) Beurteilung.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwer deführerin gestützt auf das von der Beschwerdegeg nerin eingeholte MEDAS-Gutachten beurteilt werden kann. 3. 3.1

Dr. med. A.____ , FMH Physikalische Medizin, welche die Beschwerde führerin seit 2003 behandelte (Urk. 11/91 Ziff. 1.2) nannte in ihrem Bericht vom 1 5. Oktober 2007 (Urk. 11/16) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1): - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 und S1 links bei Osteo chondrosen mit Diskushernien L4/5 und L5/S1 - chronisches cervicospondylogenes und rezidivierendes cervicoradikulä res Reizsyndrom C6 links bei Diskushernie C5/6, Osteochondrose C5/6, mediale Diskushernie C4/5 - Periarthropathia

humeroscapularis

(PHS) calcarea rechts - Asthma bronchiale - depressive Entwicklung

Dr. A.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit seit 4. Oktober 2006 (Ziff. 3) und bezeichnete den Gesundheitszustand als stationär (Ziff. 5.1). Die Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit bezifferte sie mit 3-4 Stunden (Ziff. 6.2), wobei im Formular nach Stunden pro Woche gefragt wurde. 3.2

Dr. med. B.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 12. November 2007 (Urk. 11/21/7-10) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 4. November 2006 (Ziff. 4.1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (Ziff. 2.1): - rezidivierende Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Probleme in der Beziehung zum Ehepartner

Die letztgenannte Diagnose bezeichnete sie mit „ICD-10 F63.00 “ , wobei unter F.63 laut ICD-10 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle codiert werden, so dass Z63.0 (Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner) richtig sein dürfte (vgl. Urk. 11/77/7-10 Ziff. 1.1) .

Die Arbeitsfähigkeit bezifferte sie, mit Hinweis auf unter anderem Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) , mit 100 % seit dem 4. Oktober 2006 (Ziff. 3). 3.3

Am 20. November 2007 erstatteten Dr. med. C.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 11/24/1-32) und Dr. med. D.____ , FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, ein interdisziplinäres Gutachten (Urk. 11/22 = Urk. 11/23/2-17). In letzterem nannte der Gutachter interdisziplinär folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.7 Ziff. III): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung leichte depressive Episode - chronisch sich generalisierendes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - Panalgie - Beschwerden am Körperstamm - Polyarthralgien aller axialen und peripheren Gelenke - cervical - und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom ohne gesicherten Hinweis für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom - Thoracic

outlet -Komponente links - cervical - und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom - kein gesicherter Hinweis für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom - Thoracic

outlet -Komponente links möglich - anamnestisch Periarthropathia

humeroscapularis beidseits - diskreter Senk- und Spreizfuss beidseits - diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose im Status nascendi wahr scheinlich - Nikotinkonsum von zirka 6 packyears - anamnestisch asthmatische Beschwerden - anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Dr. D.____ führte unter anderem aus, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Versicherten, gemäss ihrer Arbeitsplatzbeschreibung, nicht eingeschränkt (S. 14 unten).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne derzeit für eine angepasste, leichte Verweistätigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt werden. Die angepasste, leichte Verweistätigkeit für diese Versicherte liege in einem temperierten Raum, beschränke sich auf leicht- bis höchstens mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln.

Die repetitiv zu bewegenden Gewichte sollten nicht schwerer als 7.5 bis 10 kg sein (S. 15 oben).

Im psychiatrischen Gutachten wurde ausgeführt, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % für die bisherige und eine solche von 80 % für eine angepasste Tätigkeit (Urk. 11/24/1 32 S. 29 Ziff. 7). 3. 4

Med. pract. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in ihrem Bericht vom 7. Juli 2008 (Urk. 11/50 = Urk. 11/53/1-3 = Urk. 11/70/12-14) als Diagnose eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (S. 1 Ziff. 1).

Als Prozedere nannte sie die Fortführung der interdisziplinären ärztlichen und psycho-pharmakologischen Behandlung; aus ihrer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 oben).

In ihrem nach einer Konsultation vom 27. August 2008 erstatteten Bericht (Urk. 11/53/4-5) nannte sie die gleiche Diagnose (Ziff. 1.1) und führte betreffend Arbeitsunfähigkeit aus, „von mir nicht bescheinigt“ (Ziff. 2). 3. 5

Dr. med. F.____, Facharzt Radio-Onkologie / Strahlentherapie, führte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2008 (Urk. 11/70/1-6) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 1991 (Ziff. 4.1). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1): - chronische asthmoide Bronchitis - schweres lumbovertebrales Syndrom mit Diskushernien sowohl cervical als auch lumbal - mittelschwere bis schwere depressive Störung - PHS rechts - Status nach Splenektomie nach schwerem Verkehrsunfall und chronische posttraumatische Belastungsstörung und intermittierender Thrombocytose - Status nach mehrmaliger Mammaoperation bei Mastopathia

fibrosa

cystica und schwerer Carcinophobie

- Psychasthenie - diverseste funktionelle psychosomatische Beschwerden bei ausgeprägter Carcinophobie

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 4. Oktober 2006 (Ziff. 3). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit bezeichnete er 2-3 Stunden (pro Woche) als zumutbar (Ziff. 6.2).

Der von Dr. F.____ erwähnte Verkehrsunfall hatte am 30. Januar 1991 stattgefunden; dabei erlitt die Beschwerdeführerin ein Polytrauma mit Milzruptur, Nierenkontusion, Lungenlaxation, Fraktur

fracture des Condylus

femoris

media lis links und klinisch vordere Kreuzbandläsion (Urk. 11/70/33 Mitte, Urk. 11/70/34-36 S. 1). 3. 6

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.2) nannte in ihrem Bericht vom 27. März 2009 (Urk. 11/77/7-10) als Diagnosen (Ziff. 1.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auf dem Hintergrund eines chronischen Schmerzsyndroms (ICD-10 F33.11) und als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung

(ICD-10 F45.4) und Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0).

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 4. Oktober 2006 (Ziff. 1.6).

In ihrem Bericht vom 22. Juli 2010 (Urk. 11/85) machte sie die gleichen Angaben. 3.7

Im Bericht vom 30. September 2010 über ein MRI des rechten Knies wurde ein komplex verlaufender Riss des medialen Meniskus erwähnt (Urk. 11/89/7), was von Dr. F.____ (vorstehend E. 3. 5) in seinem Bericht vom 29. September 2010 als zusätzliche Diagnose genannt wurde (Urk. 11/89/1-6 Ziff. 1.1).

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) nannte in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2010 (Urk. 11/91) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - chronisches cervicocephales und cervicospondylogenes sowie rezidivierendes cervicoradikuläres Reizsyndrom bei Osteochondrosen in allen cervicalen Bandscheiben mit Protrusionen C5/6, C3/4, C4/5 und C6/7 - chronisches lumbospondylogenes Syndrom und rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom L5 und S1 links, Status nach radikulärem Kompressionssyndrom S1 links bei Diskushernien L4/5 und L5/S1 - chronische PHS polytendinotica rechts - diffuse idiopathische skelettale Hyperostose - chronisches Reizknie rechts bei fortgeschrittener medialer Gonarthrose und komplexer Meniskusläsion mit Bakerzyste - chronische Epicondylopathia

humeri

radialis

calcarea mit Tendovaginitiden der Strecksehnen beidseits

Als gegenwärtige Behandlung nannte Dr. A.____ physikalische Therapie (Ziff. 1.5). Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6) und führte aus, aufgrund der progredienten Cervicobrachialgien mit Tendovaginitiden beidseits und Karpaltunnelsyndrom links könne die Patientin keine manuellen Arbeiten mehr ausüben (Ziff. 1.7). 3.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

Am 18. Januar 2011 wurde die Beschwerdeführerin in der G.____ untersucht, worüber gleichentags berichtet wurde (Urk. 11/95). Dabei wurde als Diagnose eine medial und retropatelläre

Gonarthrose rechts mit medialer Meniskusläsion rechts genannt (S.1 Mitte). Es wurde von einer Teilmeniskektomie abgeraten und eine Infiltrationsbehandlung in die Wege geleitet (S. 1). 3.

E. 9

3.9.1

Am 20. April 2012 erstatteten Dr. med. H.____, Innere Medizin und Endokrinologie / Diabetologie FMH, Gutachter, und Dr. med. I.____, Rheumatologie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/102/1-28). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Versicherten (S. 16 ff.), die von Dr. H.____ erhobenen Befunde (S. 22 ff.), ein Nachuntersuchung vom 24. November 2011 am 6. Dezember 2011 erstattetes rheumatologisches Konsilium (S. 24; vgl. Urk. 11/102/31- 41)

und ein nach Untersuchung vom 1. Dezember 2011 am 13. Dezember 2011 erstattetes psychiatrisches Konsilium (S. 24; vgl. Urk. 11/102/42-56).

Nach im Zirkulationsverfahren erfolgtem Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachärzte fand am 16. März 2012 die Schlussbesprechung durch Dr. H. ___ und Dr. I. ___ statt (S. 24 unten). 3.9.2

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 4.1): - depressive Entwicklung, aktuell leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F32.0) mit - chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), formal die Fibromyalgie -Kriterien erfüllend, mit - psychischer Dekonditionierung - Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung - bilaterale Gonarthrose, medial und retroapatellär

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten sie einen Nikotinabusus und einen hohen klinischen Verdacht auf Mitralsuffizienz (S. 27 Ziff. 4.2). 3.9.3

Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin schätzten die Gutachter längerfristig auf 100 % der Norm, dies allerdings nach einer psychiatrisch begleiteten schrittweisen Wiedereingliederungsphase; limitierend wirke einzig der psychiatrische Befund (S. 27 Ziff. 5.1).

Körperlich schwere Arbeit sei aufgrund der rheumatologischen Gegebenheiten unzumutbar; eine adaptierte körperlich leichte und mittelschwere Verrichtungen sowie die Haushaltarbeit ohne Heben von mehr als 20 kg kranial der Gürtelhöhe respektive kranial der Schulterhorizontale, ohne gehäuften Knien und ohne Begehen von Leitern und Gerüsten sei längerfristig zu 100 % der Norm zumutbar, dies wiederum erst nach einer psychiatrisch begleiteten schrittweisen Wiedereingliederungsphase (S. 27 f. Ziff. 5.2). 3.9.4

Im rheumatologischen Konsilium (Urk. 11/102/31-40) führte der Teilgutachter unter anderem aus, es sei ihm wohl bewusst, dass seine Beurteilung zur hausärztlichen und rheumatologischen von Dr. A. ___ divergiere. Für ihn seien allerdings die somatisch ausgerichteten Diagnosen ungenügend dargelegt und Dr. A. ___

gehe nicht auf Widersprüche zwischen der Radiologie und der Klinik ein; auch auf die Differentialdiagnose der Fibromyalgie und der Berücksichtigung der bekannten Depression gehe sie nicht ein. In diesem Sinne sei ihre Beurteilung für ihn nicht nachvollziehbar. Demgegenüber betone der Hausarzt „diverse funktionelle psychosomatische Beschwerden“ und betone in seiner Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung die psychiatrischen Komorbiditäten. Die Beurteilung des Vorgutachters Dr. D. ___ decke sich über weite Bereiche mit den von ihm (dem Teilgutachter) gestellten Diagnosen;

gegenüber dessen Beurteilung habe sich der Gesundheitszustand rheumatologisch aufgrund der offensichtlich in den letzten Jahren aufgetretenen Gonarthrosen etwas verschlechtert (S. 9 f.). 3.9.5

Im psychiatrischen Konsilium (Urk. 11/102/42-56) führte der Teilgutachter unter anderem aus, die depressive Entwicklung sei von einer anhand des Tagesablaufs plausibilisierten psychischen Dekonditionierung begleitet. In dieser Verfassung sei die Explorandin nicht arbeitsfähig; die Arbeitsfähigkeit sei aber angesichts der vorhandenen (näher umschriebenen) guten Ressourcen verbesserbar. Es sei noch verfrüht, die Frage nach einem andauernden Gesundheitsschaden zu beantworten. Die psychische Dekonditionierung sei

durch den Vorgutachter Dr. C.____ überbewertet und durch die behandelnde Psychiaterin unterbewertet worden (richtig wohl umgekehrt). Er empfehle eine professionelle Wiedereingliederung in die freie Wirtschaft (S. 14 unten).

Sodann führte er aus, eine Verweistätigkeit sei der Explorandin zumutbar. Auf grund der psychischen Dekonditionierung sei die Arbeitsfähigkeit der Explorandin in einer solchen Tätigkeit verbesserbar (S. 15 Ziff. 6.2). 3.1 0

Am 18. Juni 2012 nahm Dr. A.____ (vorstehend E. 3. 1) Stellung (Urk. 11/106/1 2 = Urk. 3/4) und führte unter anderem aus, „ bei der Patientin handelt es sich um chronifizierte Rückenschmerzen “ (S. 1 Mitte). Sie sei nach wie vor der Meinung, dass sie auch für eine adaptierte Tätigkeit nicht zu 100 % belastbar sei (S. 1 unten).

Am 22. Juni 2012 berichtete Dr. med. J.____ , Facharzt FMH für Neurologie, über seine am Vortag erfolgte Untersuchung (Urk. 11/106/6 = Urk. 3/6).

Am 25. Juni 2012 nahm Dr. F.____ (vorstehend E. 3. 5) Stellung (Urk. 11/106/3 4 = Urk. 3/5) und führte unter anderem aus, er sei der Auffassung, die Patientin sei insgesamt arbeitsunfähig und nicht vermittelbar (S. 2 Mitte).

Am 29. Juni 2012 nahm Dr. B.____ (vorstehend E. 3. 2) Stellung (Urk. 11/106/7 = Urk. 3/7) und führte unter anderem aus, aus ihrer Sicht sei die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig.

4. 4.1

In formeller Hinsicht machte die Beschwerdeführerin geltend, ihr seien die Namen des Gutachters Dr. H.____ und der beiden Konsiliargutachter bekannt gegeben worden, nicht aber derjenige von Dr. I.____ ; dieser habe dementsprechend nicht an der Exploration und den nachträglichen rechtlich relevanten Einschätzungen teilnehmen dürfen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.3). Sie habe ihm gegen über keine Ausstands- und Ablehnungsgründe geltend machen können (Urk. 1 S. 6 oben).

Die Beschwerdeführerin wurde von genau den Ärzten untersucht und begutachtet, die ihr angekündigt worden waren; Dr. I.____ hat

- entgegen dem, was die Beschwerdeführerin suggerierte - gerade nicht an der Exploration mitgewirkt; in ihrer ersten Stellungnahme hatte die Beschwerdeführerin noch explizit (und rügend) ausgeführt, Dr. I.____ habe sie nicht untersucht (Urk. 11/207 S. 2 unten) ; welche dieser zwei sich gegenseitig ausschliessenden Positionen gelten soll, bleibt unklar.

Hinsichtlich allfälliger Ablehnungsgründe ist der Standpunkt der Beschwerdeführerin ein rein theoretischer; offensichtlich gibt es keine konkreten Ausstands- oder Ablehnungsgründe, die sie gegenüber Dr. I.____ zu erheben wüsste, sonst hätte sie solche in ihrer Stellungnahme zum Gutachten anführen müssen; aus dem Umstand, dass sie dies auch in einem späteren Zeitpunkt nicht getan hat, ergibt sich unzweideutig, dass sie keine solchen geltend zu machen weiss . Inwiefern es schliesslich der Qualität und der Verwertbarkeit des Gutachtens abträglich sein sollte, wenn Dr. I.____ „als langjähriger, erfahrener Chef arzt“ (Urk. 1 S. 6 oben) der Institution am Konsensfindungsprozess mitwirkt , damit auch die Konklusionen der Teilgutachter

im Lichte seines Fachwissens kritisch nachprüft, und dies mit seiner Unterschrift

zum Ausdruck bringt, ist nicht ersichtlich und wurde auch von der Beschwerdeführerin nicht dargelegt.

Die Einwände der Beschwerdeführerin erweisen sich demzufolge als unbegründet; das eingeholte Gutachten leidet nicht an formellen Mängeln. 4.2

In materieller Hinsicht wandte die Beschwerdeführerin ein, im Gutachten seien die anamnestisch vorhandenen Diagnosen „schlicht herabgestuft“ worden; die Diagnostik im Gutachten sei „völlig diskrepant“ zu den von den behandelnden Ärzten festgehaltenen Diagnosen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.4). Das psychiatrische Teilgutachten lasse „die Vermutung aufkommen, der Gutachter habe seine Befunde insinuiierend aufgenommen“; auch habe er es unterlassen, bei der behandelnden Psychiaterin fremdanamnestische Angaben einzuholen, denen gemäss konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts bei psychischen Beschwerden eine zentrale Rolle zukomme (S. 7 Ziff. 2.5). „Ebenfalls konstruiert“ sei das rheumatologische Teilgutachten; zutreffend sei die Beurteilung durch die behandelnde Rheumatologin (S. 9 f. Ziff. 2.5).

Es ist nicht klar, ob die Beschwerdeführerin zum Ausdruck bringen wollte, dass im Gutachten frühere Diagnosen herabgestuft worden seien, oder dass im Gutachten im Vergleich zu früheren Beurteilungen andere („diskrepante“) Diagnosen gestellt worden seien; beides zugleich kann nicht zutreffen: entweder wurden frühere Diagnosen abgeschwächt, oder es wurden andere als die früheren Diagnosen gestellt. Dies kann jedoch offen bleiben, denn in Gutachten wird dann

angeordnet, wenn die vorhandenen medizinischen Beurteilungen nicht genügen. Dabei kann es vorkommen, dass die Begutachtung gleiche Befunde, Diagnosen und Einschränkungen ergibt, wie eine oder mehrere Vorbeurteilungen; möglich ist aber auch, dass das Gutachten betreffend Befunde, Diagnosen und Einschränkungen zu anderen als den bisher

vorliegenden Erkenntnissen führt. Dies alleine beeinträchtigt - anders, als die Beschwerdeführerin anzunehmen scheint - die Verwertbarkeit des Gutachtens keineswegs, wäre es doch sinnlos, Gutachten nur dann als verwertbar zu erachten, wenn sie sich mit (möglicherweise sogar sich widersprechenden) Vorbeurteilungen decken würden.

Für die angebliche zentrale Rolle fremdanamnestischer Angaben findet sich weder in der Rechtsprechung (die von der Beschwerdeführerin denn auch nur pauschal erwähnt wurde) ein Beleg, im Gegenteil (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.3.3), noch findet sie etwa in den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung (2012) eine Stütze (vgl. Urteil

des Bundesgerichts 8C_399/2013 vom 17. September 2013

E. 4.3).

Somit erweisen

sich auch die materiellen Einwände der Beschwerdeführerin als unbegründet. 4.3

Den medizinischen Sachverhalt betreffend ist mithin auf das Gutachten, das alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich erfüllt und das davon abweichende Einschätzungen von behandelnder Seite nicht ernsthaft in Frage zu stellen vermögen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc), abzustellen. 4.4

Das Gutachten lässt nun aber keineswegs die von der Beschwerdegegnerin gezo gene Schlussfolgerung, die Beschwerdeführerin sei in angepasster und in der früheren Tätigkeit

zu 100 % arbeitsfähig (vorstehend E. 2.1),

zu.

Vielmehr wurde im psychiatrischen Konsilium ausdrücklich festgehalten, in der aktuellen Verfassung sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig; die Arbeitsfähigkeit sei angesichts der vorhandenen (näher umschriebenen) guten Ressourcen verbesserbar. Es sei noch verfrüht, die Frage nach einem andauern den Gesundheitsschaden zu beantworten. Empfohlen wurde eine professionelle Wiedereingliederung in die freie Wirtschaft. Eine Verweistätigkeit wurde wohl als zumutbar bezeichnet, aber auch dies - ersichtlich in der Feststellung, die Arbeitsfähigkeit sei verbesserbar - nur in (nicht näher quantifiziertem) reduziertem Umfang (vorstehend E. 3.9.5).

Auch in der Gesamtbeurteilung wurde eine Tätigkeit im Umfang von 100 % in der bisherigen wie auch in einer somatisch angepassten Tätigkeit als „längerfristig“ zumutbar bezeichnet, nämlich nach einer psychiatrisch begleiteten schrittweisen Wiedereingliederungsphase (vorstehend E. 3.93.) . 4.5

Es geht nicht an, dass die Beschwerdegegnerin derart deutlich formulierte Einschränkungen, welche die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit nachgerade

widerlegen, übergeht und im Widerspruch dazu eine volle Arbeitsfähigkeit behauptet.

Die angefochtene Verfügung erweist sich aus diesem Grund als klar unzutreffend, weshalb die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, dass die Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Diese ist gehalten, das Verfahren unter korrekter Berücksichtigung der gutachterlichen Feststellungen fortzusetzen, wobei die empfohlenen Eingliederungsmassnahmen an oberster Stelle stehen dürften, allenfalls - im Hinblick auf die Anspruchsprüfung - eine klärende Rückfrage bei den Gutachtern nach dem Umfang der Arbeitsfähigkeit in Prozent im Begutachtungszeitpunkt und bis zum Abschluss der empfohlenen Rekonditionierung . 5. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Die Beschwerdegegnerin hat den unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, der trotz entsprechender Aufforderung keine Honorarnote eingereicht hat, beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 5. Juni 2013 aufgehoben und die Sache an sie zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter

der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 2 ' 000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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