

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00890 vom 24. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00890

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00890 du 24 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00890 del 24 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

% aus und wies die Beschwerde mit Urteil vom 9. Juni 2010 ab (Urk. 10/59). Die Versicherte gelangte in der Folge an das Bundesgericht, welches den angefochtenen Entscheid mit Urteil vom 21. Januar 2011

bestätigte (Urk. 10/62).

E. 1.1

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

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

E. 1.3

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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (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 auszu räumende 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; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.4

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Insbesondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5. IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2013 vom

20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. Oktober 2013 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2013 schloss die IV-Stelle auf

Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Eingaben vom 6. Dezember 2013 (Urk. 12)

beziehungsweise vom 24. September 2014 (Urk. 15)

reichte die Beschwerdeführerin je einen Bericht des Zentrums D.____ vom 18. November 2013 (Urk. 13) sowie vom 9. September 2014 (Urk. 16) ein. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 3. September 2013 erwog die IV-Stelle, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin nicht mehr zumutbar sei. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie aber zu 100 % arbeitsfähig. Aufgrund der Höhe des Valideneinkommens sei die Beschwerdeführerin als vollzeitlich Erwerbstätige zu qualifizieren. Bei einem Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 57'201.15 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 48'893.15 resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'308.--, was einem rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 15 % entspreche (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe bloss deshalb eine bidisziplinäre Begutachtung angeordnet, weil sie dann in der Auswahl der begutachtenden Ärzte freie Hand habe; bei polydisziplinären Begutachtungen würden die Ärzte nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Eine neurologische Begutachtung fehle vorliegend, was als Mangel zu betrachten sei. Sie leide unter anderem an starken Rückenschmerzen und an neurologischen Ausfällen. Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, Dr. B.____ hätte einen Orthopäden sowie einen Neurologen beiziehen müssen wegen der Gelenkschmerzen und insbesondere der Knieschmerzen. Dr. B.____ habe die vorhandenen medizinischen Berichte zudem in ungenügender Weise gewürdigt. Sie begründe nicht überzeugend, weshalb eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen solle. Dr. C.____ bestätige zwar, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven chronifizierten Episode sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide. Er behaupte aber, diese hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Seine Behauptungen, die sozialen und soziokulturellen Probleme hätten Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin, seien konstruiert, um dem Auftraggeber um jeden Preis zu dienen (Urk. 1).

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im

Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analog er Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzu gehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Im vom Bundesgericht bestätigten

Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 9. Juni 2010 wurde auf das polydisziplinäre Gutachten des Instituts A.____ vom 23. Oktober 2007 inklusive Ergänzung vom 20. August 2008 (Urk. 10/21 und Urk. 10/36)

abgestellt (Urk. 10/59) . Es kann daher auf dieses Gutachten verwiesen werden, in welchem die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurden: (1) ein chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien

beidseits (ICD-10 M54.2) bei/mit Dysbalancen der Schultergürtel muskulatur , (2) ein chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom mit ischial - gieförmiger Ausstrahlung beidseits (ICD-10 M54.5) bei/mit myostatischer Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, Osteochondrose und Spondylose, (3) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie (4) ein postthrombotisches Syndrom links (ICD-10 I87.2) bei Status nach rezidivierenden Venenthrombosen, mit heterozygoter Faktor II-Mutation, bei Status nach Kompression der Beckenvenen durch Uterus myomatosus . Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), ein plantarer Fersensporn rechts (ICD-10 M77.3), Adipositas (BMI 33

kg/m²) (ICD 10 E66.0) sowie eine arterielle Hypertonie (ICD 10 I10) aufgelistet (Urk. 10/21/17). Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Raumpflegerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 14. März 2005, wie von der Hausärztin attestiert. Insbesondere die somatischen Untersuchungen seien wegen der mangelnden Kooperation der Explorandin und dem aktiven Muskelgegenspannen erschwert gewesen. Aufgrund der objektivierbaren Befunde von Seiten des Bewegungsapparates bestehe für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die über die objektivierbaren somatischen Befunde hinausgehenden subjektiven Beschwerden könnten mit der Schmerzverarbeitungsstörung erklärt werden. Diese habe, wie bei der psychiatrischen Untersuchung festgestellt worden sei, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich bestehe aber noch eine leichte depressive Episode, welche die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht um 20 % vermindere. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer und aus somatischer Sicht wirke sich nicht kumulativ auf die gesamte

Arbeitsfähigkeit aus. Für die zusätzlich notwendigen Pausen und das langsamere Arbeitstempo könnten dieselben Zeiträume genutzt werden. Die weiteren internistischen Diagnosen und Befunde wirkten sich nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Anhaltend nur schwere Tätigkeiten seien aufgrund der chronisch venösen Insuffizienz ungeeignet. Aus polydisziplinärer Sicht stellten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin für eine körperlich angepasste, leichte Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig sei, was vollschichtig realisiert werden könne. Bei der Arbeit im Haushalt müssten auch mittelschwere Tätigkeiten verrichtet werden. Dafür bestehe eine mögliche freie Zeiteinteilung. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt sei daher etwa gleich einzuschätzen wie diejenige für eine leichte Erwerbstätigkeit, so dass für die Haushaltstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % angenommen werden könne. Eine adaptierte Erwerbstätigkeit sei der Beschwerdeführerin bis zu einem Pensum von 80 % neben dem Haushalt zumutbar (Urk. 10/21/18).

E. 3.2

Die im Zentrum

D.____

tätigen medizinischen Fachpersonen

berichtete n am 5. Dezember 2011 über den Verlauf einer interdisziplinären Schmerzbehandlung der Beschwerdeführerin. Ihr wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % im bisherigen Beruf als Reinigungsmitarbeiterin und in einer angepassten Tätigkeit attestiert (Urk. 10/69).

E. 3.3

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 16. März 2012 die folgenden Diagnosen fest

(Urk. 10/75/1) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.11; F33.2) - Ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Chronifiziertes

Schmerzssyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen Dr. E.____ führte zudem aus, es sei zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin gekommen. Sie habe deswegen in der psychiatrischen Klinik F.____ hospitalisiert und behandelt werden müssen. Seit November 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/75/1 f.).

E. 3.4

Im Austrittsbericht vom 29. März 2012 der Klinik

F.____, wo die Beschwerdeführerin vom 15. Dezember 2011 bis 9. Januar 2012 hospitalisiert war, wurden die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) gestellt. Weiter wurde ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenpathologie unklarer Genese sowie Diagnosen aus Vorbefunden aufgeführt. Der Bericht äussert sich nicht über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 10/75/3 ff.).

E. 3.5

Dr. B.____

sowie Dr. C.____ hielten im bidisziplinären Gutachten vom 16. Februar 2013

die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/86) : -
Lumbospondylogenes Syndrom beidseits linksbetont bei - Beckentiefstand rechts von 7 mm
(EOS 01/2013) und - L4/L5: mittelschwere r

Osteochondrose L4/L5 mit Retrolisthesis Grad I von L4 gegenüber L5 mit degenerativ
bedingter Instabilität L4/L5 (funktionelles Röntgen 01/2013) sowie neuroforamina len
Stenosen beidseits mit Irritation der Nervenwurzeln L4 beidseits und Kontakt zu den
Nervenwurzeln L5 beidseits - L5/S1: mittelschwere r

Osteochondrose mit Diskushernie und neuroforaminalen Engen beidseits mit Irritation der
Nervenwurzeln L5 beidseits (MRI 11/2012) - ohne radikuläre Zeichen - Intermittierendes
Cervikalsyndrom bis cervikospondylogenes Syndrom beidseits linksbetont bei - leichter
cervico -thorakaler Skoliose mit Cobb-Winkel 17° (EOS 01/2013) - ohne
Spinalkanalstenose und ohne neurale Kompression (MRI 05/2011) - ohne radikuläre
Zeichen Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte n

die Gutachter die folgenden (Urk. 10/ 83/75 und Urk. 10/85/19) : - Adipositas Grad III
(BMI 40.0 kg/m²) - kongenitale heterozygote Prothrombin -Mutation mit -
rezidivierenden Thrombosen und postthrombotischem Syndrom links - dennoch seit Jahren
keine Antikoagulation - Gonarthrosen beidseits bei normalen Beinachsen beidseits (EOS
01/2013) mit - rechts: mässiger medialbetonter

Gonarthrose und beginnender Femoropatellar-Arthrose und Baker- Cyste (MRI 10/2009)
und - links: leichter bis mässiger Femoropatellar - und Femorotibial -Arthrose mit - Riss
des medialen Meniskus und Baker- Cyste bei Status nach Partialruptur der Baker- Cyste
(MRI 11/2012) - Fersensporne beidseits (Röntgen 01/2013) - arterielle Hypertonie mit
latenter hypertensiver Herzbelastung (Erstdiagnose 03/2012) - Migräne -
Heberdenarthrosen

Dig II beidseits sowie milde Daumensattelgelenks-Arthrose rechts im Stadium II nach
Eaton (Erstdiagnose 03/2012) - Carpaltunnel-Syndrom beidseits und - Status nach
operativer Dekompression rechts am 11.05.2012 - Anhaltende somatoforme S
chmerzstörung (ICD-10 F45.4)

mit

- konsekutiver mittelmässiger

depressiver chronifizierte r Episode (ICD 10 F32.8) - sozialen und soziokulturellen
Problemen (ICD-10 Z60) Die Gutachter hielten fest, eine psychiatrische Diagnose mit
Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht gestellt werden können. Die
Arbeitsfähigkeit werde durch die rheumatologischen Diagnosen bestimmt. In diesem Sinne
sei die Beschwerdeführerin in einer adaptierten rückschonenden Tätigkeit mit Handtieren
von Lasten bis 10 kg zu 100 % beziehungsweise ganztags arbeitsfähig. Dasselbe gelte aus
bidisziplinärer Sicht. Aus bidisziplinärer Sicht habe zudem in einer adaptierten Tätigkeit nie
eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nicht adaptierte Tätigkeiten habe die
Beschwerdeführerin ab März 2005 nicht mehr ausführen können (Urk. 10/86).

E. 4.1

Das bidisziplinäre

Gutachten der Dres . B.____ und C.____ vom 16. Februar 2013 vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.3). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten . Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen schlüssig. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu.

E. 4.2

Im Besonderen wies Dr. B.____ im Gutachten vom 16. Februar 2013

darauf hin, dass Dr. med. G.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, im Bericht vom 17. Juni 2008 (Urk. 10/40) eine cerviko -thorakale-lumbale Skoliose mit einer Beinlängendifferenz von etwa 1.5 cm sowie eine lumbosakrale

Übergangsanomalie diagnostiziert gehabt habe. Die EOS-Ganzkörperuntersuchung vom Januar 2013 (vgl. Urk. 10/83/81 f.) habe aber gezeigt, dass die Skoliose leicht sei (Cobb-Winkel von 17°) und die Beinlängendifferenz nur 7 mm betrage. Eine wesentliche lumbosakrale Übergangsanomalie sei nicht vorhanden. Eine Beinlängendifferenz von 7 mm sowie eine Skoliose mit einem Cobb-Winkel von 17° seien klinisch nicht relevant. Dr. G.____ sei offensichtlich von falschen Befunden ausgegangen, was zu falschen Diagnosen geführt habe. Das Team des Zentrums D.____

(darunter auch Dr. G.____) sei im Bericht vom 5. Dezember 2011 von den gleichen falschen Diagnosen ausgegangen. In der Folge hätten die beteiligten Ärzte die Arbeitsfähigkeit aufgrund falscher Diagnosen eingeschätzt (Urk. 10/83/79; vgl. auch Urk. 10/83/81). Der Bericht des Zentrums D.____ vom 5. Dezember 2011 erweist sich somit als nicht aussagekräftig. Hinzuzufügen ist, dass Dr. B.____ grosse Diskrepanzen zwischen der Beweglichkeit der Beschwerdeführerin bei der direkten Untersuchung und im abgelenkten Zustand feststellte und festhielt, die vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass der Beschwerden nicht (Urk. 10/83/76).

E. 4.3

Dr. C.____ setzte sich im Gutachten vom 16. Februar 2013 sodann mit den bereits gestellten psychiatrischen Diagnosen auseinander. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auf psychiatrischem Gebiet sei in den vorgelegten Beweisdokumenten nicht ausgewiesen. Dr. E.____ habe im Bericht vom 31. Juli 2007 (Urk. 10/21/23 ff.) bereits eine mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD- 10 F32.11, F32.2) auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit (ICD-10 F60.6), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) bei Status nach wiederholten Thrombophlebitis-Attacken diagnostiziert. Vergleiche man den Psychostatus oder die Diagnosen von Dr. E.____ mit dem Bericht der Klinik F.____ vom 9. Januar 2005 (richtig: 29. März 2012) , so sei keine Progredienz zu beschreiben. Auch lasse sich bei der Begutachtung kein wesentlich abweichender und verschlechterter Psychostatus zum Befund aus dem Jahr 2007 erheben, so dass allenfalls von Nuancierungen eines chronifizierten Zustandsbildes gesprochen werden könne (Urk. 10/85/15 f.). Er habe den Eindruck gewonnen, der sekundäre Krankheitsgewinn der Beschwerdeführerin habe einen wesentlichen krankheitsunterhaltenden Stellenwert. Auf einen sekundären Krankheitsgewinn werde auch

im Austrittsbericht der Klinik

F.____ hingewiesen. Die Diagnose einer mittelgradigen Depression sei zu bestätigen, diese sei jedoch eher als chronifizierte Episode im Sinne einer depressiven Störung gemäss ICD-10 F32.8 zu kennzeichnen denn als rezidivierende depressive Störung; depressionsfreie Phasen seien nicht dokumentiert (Urk. 10/85/16). Diese Feststellungen erscheinen schlüssig und nachvollziehbar. Zu ergänzen ist, dass aus rechtlicher Sicht selbst mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angehend gelten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_673/2012 vom 28. November 2012 E. 3.3). Dr. C.____ führte weiter aus, die Depression sei reaktiv auf das Schmerzgeschehen und stelle keine primäre, selbständige psychiatrische Erkrankung dar, sondern sei mit der gleichzeitig vorliegenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 vergesellschaftet. Die Entwicklung dieses gemeinsamen psychopathologischen Bildes sei durch Dr. E.____ im Bericht vom 31. Juli 2007 bereits ausführlich festgehalten worden (Urk. 10/85/16). Inwieweit eine Persönlichkeitsstörung oder eine Angst- und Panikstörung dem Bild zugrunde liege beziehungsweise komorbid sei, könne den Aufzeichnungen von Dr. E.____ nicht entnommen werden und aus dem Untersuchungsbericht nicht zweifelsfrei gefolgert werden. Hierzu habe sich die Beschwerdeführerin zu wenig auskunftswillig verhalten (wobei die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht ausschliesslich der Depression zuzuschreiben sei, was sich in der Kommunikation mit der Dolmetscherin gezeigt habe). Es ergäben sich keine Hinweise auf eine Entwicklungsstörung der Beschwerdeführerin in der Kindheit/Jugend. Sie habe zudem keine diesbezüglichen Beschwerden beklagt, die auf eine Panikstörung hätten schliessen lassen. Entsprechende psychopathologische Symptome hätten auch im Untersuchungsbericht nicht beobachtet werden können (Urk. 10/85/17). Dr. C.____ beurteilte die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung anhand der sogenannten Förster-Kriterien (vgl. E. 1.4) und gelangte zum nachvollziehbaren Schluss, die zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der psychischen Störung sei überwiegend gegeben (Urk. 10/85/17 ff.).

Weshalb die Feststellung von Dr. C.____, die sozialen und soziokulturellen Probleme hätten Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 10/85/18), konstruiert sein sollten (Urk. 1), ist nicht ersichtlich. Wie bereits erwähnt, wurde auch im Austrittsbericht der Klinik F.____ auf einen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen, welcher in der krankheitsbedingten Entlastungsfunktion der Familie zu liegen scheine (Urk. 10/75/4).

E. 4.4

Das

Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe bloss deshalb eine bidisziplinäre Begutachtung angeordnet, weil sie dann in der Auswahl der begutachtenden Ärzte freie Hand habe (im Gegensatz zur polydisziplinären Begutachtung) geht fehl. Dass keine Fachärztinnen oder Fachärzte der Disziplinen Neurologie und Orthopädie für die Begutachtung beigezogen wurden, stellt entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Rz. 2 f.) keinen Mangel dar. In der Neuanmeldung (Urk. 10/76) vom 11. September 2012 sowie in den bei gelegten ärztlichen Berichten (Urk. 10/75) wurden keine neurologischen oder orthopädischen Gründe für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes angeführt, sondern psychische. In der Folge machte die Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle denn auch keine Einwände gegen die ausgewählten Fachdisziplinen

Psychiatrie und Rheumatologie (Urk. 10/79) gel tend (Urk. 10/80). Des Weiteren kann darauf verwiesen werden, dass Dr. B.____ die neurologischen Befunde der Klinik H.____ vom 25. Mai und 18. Juli 2011 (Urk. 10/83/115 ff.) in ihrer Beurteilung berücksichtigte (Urk. 10/83/63). Bei den neurologischen Befunden handelt es sich im Wesentlichen um dieselben, welche in den Berichten vom 30. August 2004 und 2. Juni 2005 des Medizinisch Radiologischen Instituts I.____ (Urk. 10/83/86 f.) festgestellt

und im Gutachten des Instituts A.____

bereits erwähnt worden waren (vgl. Urk. 10/21/4). Zusätzlich wurde von der Klinik H.____ ein Carpal-Tunnel-Syndrom festgestellt, worauf bei der Beschwerdeführerin am 11. Mai 2012 eine offene Carpaldachspaltung und Beugesehnensynovektomie rechts durchgeführt wurde. Der Chirurg stellte einen guten postoperativen Verlauf fest und schloss die Behandlung ab (Urk. 10/10/83/ 108 ff.). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass Dr. B.____ das Carpal-Tunnel-Syndrom beidseits nach operativer Dekompression am 11. Mai 2012 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einstufte. Ferner ging Dr. B.____

auch in genügender Weise auf die Knieprobleme

der Beschwerdeführerin ein. Ihre Empfehlung zur Gewichtsreduktion erscheint

angesichts der im Zeitpunkt der Begutachtung festgestellten Adipositas per magna (Grad III), welche die Belastung auf die Gelenke erhöhe und dadurch vermehrte Schmerzen auslöse (Urk. 10/83/78), ebenso nachvollziehbar.

E. 4.5

Mit Bericht des Zentrums D.____

vom 18. November 2013 wird Kritik an der psychiatrischen Begutachtung von Dr. C.____

geübt (Urk. 13). Die Kritik erweist sich jedoch als untauglich, worauf soweit erforderlich einzugehen ist: Die Schreibfehler im Gutachten von Dr. C.____ schmälern dessen

Beweiswert nicht. Dass Dr. C.____ festgehalten haben soll, es bestünde somatisch keine

Erbkrankheiten (Urk. 13 Ziff. 4), trifft nicht zu. Er führte lediglich aus, zur somatischen hereditären Belastung gebe die Beschwerdeführerin an, dass in der Herkunftsfamilie keine

Erbkrankheiten bestünden (Urk. 10/85/5). Sodann erweist sich die Behauptung, es habe

keine objektive Übersetzung stattgefunden (Urk. 15 Ziff. 5), als unhaltbar, zumal die

Beschwerdeführerin angesichts der praktisch nicht vorhandenen Deutschkenntnisse kaum

in der Lage war, dies zu beurteilen. Es kann in diesem Zusammenhang auf den Bericht der

Klinik H.____ vom 12. März 2012 verwiesen werden, in welchem der behandelnde Arzt

festgehalten hatte, aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse sei leider keinerlei suffiziente

Befundbeurteilung möglich gewesen (Urk. 10/83/111). Befremdlich wirkt der Vorwurf, die

Beschwerdeführerin habe keine Gelegenheit gehabt, ihre Beschwerden zu äussern und Dr.

C.____ habe sich lieber auf die Akten abgestützt (Urk. 13 Ziff. 7). Es war die Beschwerde

führerin, welche sich bei der Befragung durch Dr. C.____

unkooperativ verhalten hatte (vgl. zum Beispiel Urk. 10/85/5 f., oder Urk. 10/85/8).

Eine

Fremdnamense

beziehungsweise eine Auskunft des Ehemannes der Beschwerdeführerin (Urk. 13 Ziff. 9)

erweist sich angesichts der – auch vom Zentrum D.____

– diagnostizierten

somatoformen Schmerzstörung (Urk. 13 Ziff. 11) als wenig aussagekräftig. Die Durchführung eines neuropsychologischen Screenings (Urk. 13 Ziff. 10) wurde zu Recht als nicht indiziert erachtet.

E. 4.6

Im Bericht des Zentrums D.____ vom 9. September 2014 (Urk. 16) halten die Ärzte in der Konsens-Beurteilung fest, der Schmerztherapeut attestiere der Beschwerdeführerin aufgrund des fortgeschrittenen

Schmerzleidens eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Rheumatologe attestiere aus rein rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit, aus schmerztherapeutischer Sicht jedoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht sei aufgrund der Retrolisthesis L4 von jetzt 6 mm auch eine leichte gut angepasste Tätigkeit nur zu 50 % zumutbar. Eine Verschlechterung des Gesamtzustandes sei aufgrund der zunehmenden Wirbelsäulenproblematik und der Gewichtszunahme zu befürchten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 16 S. 8 f.). Eine fundierte Begründung, weshalb aufgrund dieser Befunde eine reduzierte Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollte, fehlt jedoch. Damit vermag auch der aktuellste Bericht des Zentrums D.____

vom 9. September 2014 die gutachterliche Einschätzung nicht zu erschüttern, welche überdies in Übereinstimmung mit derjenigen der A.____-Gutachter steht (Urk. 10/83/79 und Urk. 10/85/13 ff.).

E. 7

Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 16. Februar 2013 ist der Beschwerdeführerin in einer adaptierten rückschonenden Tätigkeit mit Handtieren von Lasten bis 10 kg somit eine 100%ige Arbeitstätigkeit zumutbar (Urk. 10/86). Damit ist keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse erkennbar, was zu keiner Neu Beurteilung des Rentenanspruchs führt (vgl. E. 1.1). 4.

E. 8

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 6. 6.1

Mit ihrer Beschwerde vom 2. Oktober 2013 ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Eingabe vom 7. November 2013 substantiierte sie ihr Gesuch bezüglich Bedürftigkeit und reichte nebst dem Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit diverse Belege ein (Urk. 6 ff.). 6.2

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten erlassen.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten aufgrund

der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die all gemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260). 6.3

Die Beschwerdeführerin und ihr Ehegatte verfügen über kein beziehungsweise kein nennenswertes Vermögen (Urk. 8/5, Urk. 8/8 sowie Urk. 8/12 f.). 6.4

Der für die Berechnung der prozessualen Bedürftigkeit massgebende monatliche Bedarf der Beschwerdeführerin und ihres Ehegatten setzt sich wie folgt zusammen (vgl. das Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betreibungsämter betreffend Richtlinien für die Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums vom 16. September 2009): Grundbetrag für ein Ehepaar Fr. 1'700.--, Wohnungsmiete (inkl. Pauschale für Nebenkosten, Akonto -Betrag für Heizkosten sowie Kabelanschlussgebühr) Fr. 987.-- (Urk. 8/1), zusätzliche Heizkosten Fr. 35.-- (Effektiv Fr. 1'257.30 jährlich abzüglich Akonto -Betrag von Fr. 840.-- / 12; Urk. 8/7), Telekommunikationskosten Fr. 100.-- (ohne Beleg; vgl. Urk. 7 Ziff. 6), obligatorische Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Prämienverbilligung Fr. 470.-- (2 x Fr. 361.-- [Urk. 8/11] abzüglich 2 x Fr. 126.-- [Urk. 8/3]), AHV-Beiträge für Nichterwerbstätige Fr. 83.-- (ohne Beleg; vgl. Urk. 7 Ziff. 8). Insgesamt ergeben sich notwendige monatliche Auslagen in Höhe von Fr. 3'375.--. Die monatliche Prämie für Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung nach VVG von Fr. 58.40 (2 x Fr. 29.20 [Urk. 8/11]) ist aus dem Freibetrag, welcher vorliegend bei einem Ehepaar Fr. 500.-- beträgt, zu bestreiten. Die Beschwerdeführerin erzielt kein Einkommen. Der Ehegatte der Beschwerdeführerin erhält von der Pensionskasse monatliche Leistungen von Fr. 2'006.-- (Urk. 8/2 und Urk. 8/10). Zudem erhält er von der Invalidenversicherung monatliche Rentenleistungen von Fr. 2'267.-- (Urk. 8/9). Von den Gesamteinkommen von Fr. 4'273.-- verbleiben der Beschwerdeführerin und ihrem Ehegatten nach Abzug der laufenden monatlichen Steuerbetreffnisse von insgesamt Fr. 197.-- (Staats- und Gemeindesteuer Fr. 185.--, direkte Bundessteuer Fr. 12.-- [vgl. Urk. 8/8]) noch Fr. 4'076.--. Nach Abzug der (teilweise nicht belegten) notwendigen Ausgaben von Fr. 3'375.-- und des Freibetrages von Fr. 500.-- stehen der Beschwerdeführerin und ihrem Ehegatten nach den vorstehenden Ausführungen monatlich noch Fr. 201.-- zur Verfügung. Damit ist die Beschwerdeführerin aber in der Lage, die Prozesskosten von Fr. 600.-- ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhalts zu bezahlen beziehungsweise entsprechende Rückstellungen zu bilden. 6.5

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 2. Oktober 2013 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist daher wegen fehlender Mittellosigkeit abzuweisen. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 2. Oktober 2013 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu

gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (unter Beilage der Urk. 15 und 16) - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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