

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00115 vom 10. Juni 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00115)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00115 du 10 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00115 del 10 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1976 geborene X.\_\_\_\_, Mutter zweier 1993 und 1997 geborener Kinder, war seit Mai 2006 bis zum letzten Arbeitstag am 28. Februar 2007 als Reinigungsmitarbeiterin im Teilzeitpensum beim Y.\_\_\_\_ angestellt (Urk. 11/8/2). Mit Datum vom 17. September 2008 meldete sie sich unter Hinweis auf einen Arbeitsunfall (Treppensturz) am 28. Februar 2007 wegen Kopfschmerzen, Kraftverlust in den Armen und in den Händen sowie Schlafproblemen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/1). Die IV-Stelle zog einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug vom 16. Oktober 2008, Urk. 11/4) sowie die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (Urk. 11/6/1-95, Urk. 11/12/1-38, Urk. 11/17/1-63) und tätigte berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie bei der Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres (Allgemeinmedizin, Neurologie, Rheumatologie, Psychologie-Psychiatrie) Gutachten, welches am 21. September 2011 erstattet wurde (Urk. 11/29/1-71, mit ergänzender Stellungnahme vom 2. November 2011, Urk. 11/30). Ausserdem beauftragte die IV-Stelle ihren Abklärungsdienst (AD) mit der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Haushalt (Abklärungsbericht vom

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

#### **E. 1.2**

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.

#### **E. 1.3**

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).

#### **E. 1.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

#### **E. 1.5**

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. 1.6**

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass aufgrund der Gesamtschau der medizinischen Aktenlage davon auszugehen sei, dass die Leiden der Beschwerdeführerin unter einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien. Die von Dr. A. \_\_\_ im Gutachten vom 27. Dezember 2012 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei nach der Rechtsprechung nur in Ausnahmefällen nicht überwindbar. Ein solcher Ausnahmefall sei vorliegend zu verneinen. Das Leistungsbegehren werde daher abgewiesen (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte demgegenüber im Wesentlichen ein, im polydisziplinären Gutachten vom 21. September 2011, insbesondere im psychiatrischen Teil und in der Zusatzfragen-Beantwortung vom 2. November 2011,

sowie im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 27. Dezember 2012 hätten die beurteilenden Fachpersonen nicht allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Vielmehr sei die Arbeitsunfähigkeit im ersten Gutachten aufgrund einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) und im zweiten Gutachten aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) sowie zusätzlich einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.10) attestiert worden (Urk. 1 S. 7). Das Bundesgericht habe im Entscheid 8C\_217/2012 vom 15. Januar 2013, E. 5.3. 1. mit weiteren Hinweisen, entschieden, dass eine depressive Störung (mittelschwere Depression) für sich keinen pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zustand darstelle, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zur Anwendung gelangen würde. Vorliegend entfalle daher grundsätzlich eine besondere Prüfung allfälliger invaliditätsfremder Gesichtspunkte sowie der Kriterien für eine Überwindbarkeit der Schmerzsymptomatik. Selbst bei gegenteiliger Auffassung sei festzuhalten, dass gemäss Bundesgericht die gesetzlichen Anforderungen an die massgebende Invalidität für alle Krankheitsbilder dieselben seien, sodass keine rechtsungleiche Behandlung oder Diskriminierung bestimmter Krankheitsbilder eintrete. Ferner sei nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 1 S. 8). Ob fachärztlicherseits eine depressive Episode oder eine depressive Störung diagnostiziert werde, habe zudem keine entscheidende Bedeutung, da sich eine depressive Episode von einer depressiven Störung hauptsächlich hinsichtlich der Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung unterscheide. Auch leichte bis mittelgradige depressive Störungen beziehungsweise Episoden seien vom Bundesgericht wiederholt nicht als ohne Weiteres willentlich überwindbar beurteilt worden. Vorliegend liege mit der Depression eine Komorbidität vor. Weiter leide die Beschwerdeführerin gemäss gutachterlichen Feststellungen an einem mehrjährigen Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission sowie an einem ausgeprägten sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens. Ferner sei ein primärer Krankheitsgewinn zu bejahen (Urk. 1 S. 9). Zwar habe sie (die Beschwerdeführerin) von einer tagesklinischen Therapie abgesehen. Demgegenüber sei aktenkundig, dass sie sich seit 2008 in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ befinde (Urk. 1 S. 10). Zudem sei im zweiten Gutachten inklusive der jeweiligen Zusatzfragen-Beantwortungen eine schlechte Prognose gestellt worden, was gegen die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Heilungserfolges durch entsprechende weitere Therapieoptionen spreche. Die Beschwerdeführerin habe eine Auflage zur Intensivierung der Psychotherapie sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Gutachten diskutiert, ohne dann jedoch eine entsprechende Auflage zu machen. Erst im Zusammenhang mit dem abweisenden Entscheid sei

sie von der Beschwerdeführerin für den Fall einer Wiederanmeldung vage zur zwischenzeitlichen Therapie aufgefordert worden, wobei sie (die Beschwerdeführerin) in diesem Entscheid gar nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen sei (Urk. 1 S. 11). 3.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.  
4.

4.1

Bei den medizinischen Akten liegen im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 21. September 2011

( Urk. 11/29/1-71) sowie das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2012 ( Urk. 11/54/1-20) . Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts bis zum Zeitpunkt der Begutachtungen

wird auf die umfassende, chronologische Wiedergabe in den Gutachten selbst verwiesen ( Urk.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

### **E. 8**

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit ( Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit ( Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 11**

/ 29/4-30 , Urk. 11/29/60 , Urk. 11/54/3-9 ). 4.2

Im polydisziplinären Gutachten vom 21. September 2011 diagnostizierten die beurteilenden Fachärzte mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode (ICD-10 F 32.2) sowie den Verdacht auf eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) respektive

differenzial diagnostisch eine

somatoforme Schmerzstörung ( ICD-10 F45.4, Urk. 11/29/39). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie (1) einen chronischen Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2), (2) ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1), (3) Schwindel und Taumel (ICD-10 R 42) sowie (4) Unwohlsein und Ermüdung fest (ICD-10 R53, Urk. 11/29/40).

Die Beschwerdeführerin habe den Untersuchungsraum mit verlangsamtem Gangbild betreten. Das An- und Auskleiden sei betont langsam gelungen, aber durchaus geschickt. Die Körpersprache sei aggraviert schmerzgequält und teils theatralisch überzeichnet. Die Beschwerdeführerin sei in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Sie habe

überwiegend Kopfschmerzen, aber auch Nackenschmerzen, Schwindel, Ermüdbarkeit, Unwohlsein mit gelegentlichem Erbrechen sowie Schlafprobleme beklagt ( Urk. 11/29/41). Subjektiv fühle sie sich nicht leistungs- oder arbeitsfähig ( Urk. 11/29/32).

Anlässlich der neurologischen Untersuchung sei der Trizepssehnenreflex ( TSR ) beidseits schwach auslösbar gewesen. Bizepssehnenreflex

( BSR ) und Achilles sehnenreflex ( ASR ) seien bei mangelnder Kooperation beidseits nicht auslösbar gewesen. Der Patellarsehnenreflex ( PSR ) sei beidseits lebhaft vorhanden. Die grobe Kraft sei seitengleich. Es würden keine Muskelatrophien bestehen und die Sensibilität sei seitengleich normal. Der Babinski -Reflex sei negativ und die Hirnnerven sowie die Koordination seien intakt. Schliesslich würden weder ein Tremor noch weitere vegetative Zeichen vorliegen ( Urk. 11/29/38).

In

rheumatologischer Hinsicht

hielten die beurteilenden Fachärzte fest, die Beschwerdeführerin habe den Kopf spontan frei in alle Richtungen gewandt. Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule hätten eine Klopfdolenz aufgewiesen. Passiv bestehe keine Einschränkung der Halswirbelsäule. Die aktive Kopffrotation sei ebenfalls nicht eingeschränkt. Der Nackengriff

gelingt bei 4 cm cranial von C7 und der Schürzengriff bei 20 cm von C7. Es bestehe weder eine Skoliose noch Kyphose. Die Lendenwirbelsäule entfalte sich normal bei Beugung. Weiter sei kein Beckenschiefstand feststellbar. Das Lasègue -Zeichen sei beidseits negativ. Die Schultermuskulatur habe weder Hartspann noch eine Atrophie aufgewiesen. Die An- und Abduktion seien unauffällig. Die Armelevation sei beidseits bei 150° schmerzlimitiert mit Schmerzen im Schultergürtelbereich. Ansonsten würden die oberen und unteren Extremitäten keine relevante Bewegungseinschränkung aufweisen. Die Gelenke seien unauffällig. Gelenkergüsse seien nicht feststellbar ( Urk. 11/29/38).

Die radiologischen Abklärungen aus den Jahren 2007 und 2009 seien unauffällig ( Urk. 11/29/39, Urk. 11/29/42 ).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin wach, bewusstseinsklar und zu den Qualitäten Person, Situation, Ort und Zeit vollständig orientiert gewesen. Sie habe erschöpft und amimisch gewirkt. Gestische Mitbewegungen seien nicht erfolgt. Händedruck, Blickkontakt und Sprachmodulation seien kraftlos. Der Gedankengang sei kurzbogig, jedoch formal geordnet. Die Antworten seien selbst auf Nachfragen einsilbig. Dem Gesprächsverlauf sei die Beschwerdeführerin nur teilweise aufmerksam gefolgt. Anhaltspunkte für Ich- oder Wahrnehmungsstörungen sowie Ängste, Phobien oder Zwänge hätten sich nicht feststellen lassen. Die Stimmung sei deprimiert und der Antrieb stark vermindert ( Urk. 11/29/65). Die Konzentration scheine beeinträchtigt und das Instruktionsverständnis leichtgradig eingeschränkt, wobei die Auffassung für besprochene Themen intakt sei. Deutlich herabgesetzt sei indes die Ausdauer. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder Pausen einlegen müssen, während denen sie leicht apathisch auf dem Stuhl gesessen habe. Anhaltspunkte für akute Suizidalität hätten sich nicht finden lassen. Die Auswertung der allgemeinen Depressionsskala sei zufolge doppelten Erfüllens des „Lügenkriteriums“ nicht interpretierbar ( Urk. 11/29/66). In der Depressionsdiagnostik nach DSM-IV habe die Beschwerdeführerin einen Summenwert von 56 erreicht. Die Auswertung der Beck Depressionsfragebogen (BDI-II) habe bei einem

Gesamtsummenwert von 57 auf eine schwere depressive Symptomatik hingewiesen ( Urk. 11/29/67).

Die beurteilenden Fachärzte kamen gestützt auf die klinische Präsentation und Datenlage zum Schluss, es würde für die beklagten Beschwerden kein somatisches Korrelat bestehen. Vielmehr sei der Eindruck entstanden, dass eine psychische Überlagerung im Sinne einer depressiven Entwicklung und auch Aggravation der Beschwerden bedeutend, ja überwiegend sei. Die als chronifiziert zu wertenden Beschwerden liessen sich nur aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beschreiben, aber methodisch nicht objektivieren oder quantifizieren. Die geäusserten Beschwerden seien darüber hinaus nur begrenzt als glaubhaft zu bewerten . Die Schwindelbeschwerden seien prioritär psychogen oder auf ein orthostatisches Blutdruckverhalten zurückzuführen. Synkopale Ereignisse seien anamnetisch nicht fassbar ( Urk. 11/29/43). Im Übrigen würden die beklagten Beschwerden aggraviert erscheinen, ablesbar an demonstrativ appellativer Körpersprache, betont langsamen Bewegungsabläufen und partieller Einnahme von unverständlichen Schonhaltungen. Die Beschwerden seien auch kohärent „unspezifisch“ dargestellt worden ( Urk. 11/29/47f.).

Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf als Reinigungskraft zu attestieren. Ein zumindest anteilig wesentliches bewusstseinsnahes Rentenbegehren der Beschwerdeführerin sei gut denkbar und zu berücksichtigen ( Urk. 11/29/56). In psychiatrischer Hinsicht ergebe die klinische Befunderhebung einen sicheren Anhalt für eine schwergradig ausgeprägte depressive Episode, was auf psychiatrisch-psychologischem Gebiet aktuell eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit von 100 % rechtfertige. Aufgrund der Aktenlage bestehe seit 2007 eine durch die psychische Störung bedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Trotz fachärztlicher und medikamentöser Behandlungen sei für den Verlauf keine Besserung zu verzeichnen. Eine stationäre oder tagesklinische psychotherapeutische Behandlung sei indiziert ( Urk. 11/29/68, Urk. 11/29/69).

Auf entsprechende Rückfragen der Beschwerdegegnerin führten die Gutachter mit Antwortschreiben vom 2. November 2011 aus, die Mitarbeit der Beschwerdeführerin im Rahmen der stationären oder tagesklinischen psychotherapeutischen Behandlung stehe in deren Interesse und sei auch als Mass des Leidensdrucks anzusehen. Eine Prognose sei angesichts der Chronifizierung derzeit nicht möglich. Eine Besserung mit schrittweiser Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sei denkbar, jedoch weder zeitlich noch dem Umfang nach aktuell bestimmbar. Die Gutachter rieten zu einer Neubeurteilung in drei Monaten ( Urk. 11/30). 4. 3

Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 27. Dezember 2012 diagnostizierte Dr. A. \_\_\_\_ (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) mit chronischen Kopfschmerzen und Schwindel, welche sich im Anschluss an einen Treppensturz im Februar 2007 entwickelt hat, sowie (2) eine depressive Symptomatik mit Ein- und Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Erschöpfung, Schuldgefühlen, sozialem Rückzug und Beeinträchtigung des Antriebs und der Motivation, die als mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) einzustufen sei ( Urk. 11/54/18).

Die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Ihre Auffassung sei intakt. Sie habe über starke Konzentrationsstörungen geklagt. Es sei schon

vorgekommen, dass sie die Herdplatte habe brennen lassen. Klinische Prüfungen der Konzentration ( serial

seven , Monatsnamen rückwärts) seien von der Beschwerdeführerin jeweils nach kurzer Zeit abgebrochen worden. Bei der Prüfung der Merkfähigkeit könne sie nach 10 Minuten lediglich zwei von drei Begriffen memorie re n. Seit sie Remeron und Temesta nehme, vergesse sie sehr viel. Aus diesem Grund habe sie am Vorabend des Untersuchungsgespräch s beide Medikamente weggelassen, um beim heutigen Term in einen klaren Kopf zu haben. Im formalen Gedankengang sei en während der Untersuchung keine Besonderheiten aufgefallen. E s hätten sich keine Hinweise auf Zwangsgedanken und – handlungen , inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen

oder Phobien ergeben. Nach konkreten Ängsten befragt, habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie fürchte sich davor, alleine nach draussen zu gehen, weil sie umkippen könnte. Ihre Hauptangst sei es, nicht mehr gesund zu werden . Ansonsten habe sie keine Zukunfts- und Existenzängste. Optische sowie Körper- oder Geruchshalluzinationen habe die Beschwerdeführerin verneint. Die affektive Modulationsfähigkeit sei eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin mache eine n deprimierten Eindruck und sei auch vermindert auslenkbar. Sie habe angegeben, ihre Stimmung sei „ v öllig unten“, manchmal müsse sie weinen. Innerlich sei sie unruhig und nervös. Antrieb und Motivation seien durch Kopfschmerzen und Schwindel vermindert. Teilweise könne sie sich an gewissen Dingen freuen, oft aber auch nicht ( Urk. 11/54/12).

Die Hamilton Depressionsskala ergab schliesslich einen Wert von 26 Punkten . Die Einschlaf latenz betrage nach Angaben der Beschwerdeführerin bis zu zwei Stunden und mehr. Weiter habe sie Durchschlafprobleme. Immer wieder stehe sie auf und laufe umher. Sie führe ein Schlaftagebuch, aus welchem hervorgehe, dass sie durchschnittlich 4.5 Stunden schlafe . Tagsüber sei sie entsprechend müde und erschöpft. Die Kopfschmerzen lägen manchmal über 10 (auf einer Skala 0-10) . Wenn sie Tabletten einge nommen habe, würden sich die Schmerzen reduzieren auf einen Wert von 7- 8. Die Kopfschmerzen seien praktisch immer vorhanden. Schwindel fühle sie sowohl beim Aufstehen als auch beim Gehen und im Liegen

( Urk. 11/54/13).

In der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe die klinische Präsentation der körperlichen Beschwerden, namentlich des Schwindels und der Kopfschmerzen, deutlich appellativ anmutende Komponenten gezeigt. Die Exploration sei durch häufiges Stöhnen und Klagen über Kopfschmerzen gekennzeichnet gewesen. Zwischendurch habe die Beschwerdeführerin über einzelne Themen sehr fokussiert und konzentriert Auskunft geben können. Die Art und Weise, wie sie sich beim Gehen am B üromobiliar festgehalten habe oder vom Ehemann habe „stützen“ lassen, entspreche nicht dem Bild, wie es bei neurologischen oder internmedizinischen Ursachen der genannten Beschwerden üblicherweise zu erwarten wäre ( Urk. 11/54/15).

Nach einer ausführlichen Diskussion und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie der in Frage kommenden Diagnosen (vgl. Urk. 11/54/16) kam Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss, das beklagte Beschwerdebild werde mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) mit chronischen Kopfschmerzen und Schwindel insgesamt am besten abgebildet. A ufgrund der depressiven Symptom a t ik mit

Ein – und Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Erschöpfung, Schuldgefühlen, sozialem Rückzug und Beeinträchtigung des Antriebs und der Motivation sei zusätzlich eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.10) zu diagnostizieren ( Urk. 11/54/17). Die Gutachter der Z. \_\_\_ seien im September 2011 zwar zum Schluss gekommen, es liege eine schwergradige depressive Episode vor, welche eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 100 % rechtfertige. Zusätzlich sei die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) gestellt worden. Demgegenüber sei eine genauere Begründung für diese diagnostische Einschätzung unterblieben. Vielmehr sei einzig auf die Ausführungen des SUVA-Psychiaters verwiesen worden ( Urk. 11/54/19). Ausserdem sei eine dissoziative Bewegungsstörung in ihrer häufigsten Form durch einen vollständigen und teilweisen Verlust der Bewegungsfreiheit eines oder mehrerer Körperteile gekennzeichnet. Der beklagte Schwindel werde im Kapitel der dissoziativen Störungen nicht aufgeführt. Hingegen werde ausdrücklich erwähnt, dass zusätzliche Schmerzempfindungen oder andere komplexe, durch das vegetative Nervensystem vermittelte Empfindungen unter die somatoforme Schmerzstörung zu subsumieren seien. Da die Beschwerdeführerin nebst Schwindel auch über persistierendes, praktisch pausenlos vorhandenes Kopfschmerz sowie über Nausea klagt, sei der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung den Vorzug zu geben ( Urk. 11/54/19).

Aktuell sei sowohl

im angestammten Beruf als Reinigungsmitarbeiterin als auch in einer allfälligen Verweistätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dabei würden Schwindel und Kopfschmerzen völlig im Vordergrund stehen ( Urk. 11/54/17).

Die festgestellte Arbeitsunfähigkeit sei daher in erster Linie durch die somatoforme Symptomatik und in deutlich geringerem Ausmass auch durch eine depressive Begleitkomponente begründet. Demgegenüber hätten die Gutachter der Z. \_\_\_

im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausschliesslich auf die depressive Symptomatik abgestellt ( Urk. 11/54/19).

Die von den Gutachtern der

Z. \_\_\_

empfohlene stationäre oder tagesklinische Behandlung habe bis jetzt nicht umgesetzt werden können. Laut der behandelnden Psychiaterin würden stationär-psychiatrische Hospitalisationen von der Beschwerdeführerin abgelehnt und kaum zu einer Besserung führen, da letztere emotional schwierige Ereignisse und Gefühle fremden Personen nicht erzählen wolle. Dieser Umstand spreche jedoch nicht gegen eine niederschwellige teilstationäre Behandlung. Vielmehr hielt Dr. A. \_\_\_ dafür, die Teilnahme an einem sozialpsychiatrischen Behandlungsprogramm, zum Beispiel im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Tageszentrums, sei angesichts der Selbstlimitierung und der erheblichen Dekonditionierung

wünschenswert ( Urk. 11/54/17f. ). 5. 5.1

In somatischer Hinsicht gingen die Parteien übereinstimmend von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. 5.2

In psychiatrischer Hinsicht stützte die Beschwerdegegnerin ihren abweisenden Entscheid auf das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. A. \_\_\_

vom 27. Dezember 2012 (vgl. Feststellungsblatt zum Beschluss, Urk. 11/68/9f.; interne Stellungnahme des Rechtsdienstes,

Urk. 11/72). Dr. A.\_\_\_\_ tätigte eigene Untersuchungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und lieferte in differenzierter Auseinandersetzung mit den Vorakten einleuchtende und nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Insbesondere hat er – soweit Differenzen bestanden – seine abweichende Einschätzung ausführlich und plausibel begründet (Urk. 11/54/16 f., Urk. 11/54/19).

Damit genügt seine Expertise den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (E. 1.6), weshalb zur Entscheidungsfindung unbestrittenmassen auf die darin gestellten Diagnosen abgestellt werden kann. 5. 3

Aufgrund des von Dr. A.\_\_\_\_ rapportierten Beschwerdebildes sind dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Begutachtungszeitpunkt anhand der vom Bundesgericht für somatoforme Schmerzstörungen entwickelten Kriterien zu prüfen. Konkret haben die rechtsanwendenden Behörden gestützt auf die fachärztliche Beurteilung als Rechtsfrage zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (E. 1.3; Urteil 9C\_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nach der Praxis des Bundesgerichts auch dann ein unklares Beschwerdebild vorliegen, wenn eine depressive Erkrankung bloss als Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens und nicht als ein selbstständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen ist (Urteile 8C\_654/2014 vom 06. März 2015 E. 5.3; SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95, 8C\_302/2011 E. 2.4; Urteile 9C\_521/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3.1.2 und 4.1 sowie 9C\_246/2012 vom 16. Juli 2012 E. 3.5.2 f.). Das Bundesgericht ist beim Zusammentreffen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ohne hinreichendes organisches Korrelat mit einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode auch schon davon ausgegangen, dass letztere in erster aufgeht (9C\_414/2012 vom 10. August 2012 E. 3.2.2 mit Hinweis). Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung würde somit bedingen, dass es sich dabei nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt, und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

5. 4

Nach überzeugender Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_

handelt es sich bei der depressiven Symptomatik

um eine (zur somatoformen Symptomatik) „depressive Begleitkomponente“, was unbestritten blieb. Unbestritten ist auch, dass die Beschwerdeführerin die im September 2011 gutachterlich empfohlene stationäre oder tagesklinische psychiatrische Behandlung, obgleich indiziert, jedenfalls bis dato der Expertise im Dezember 2012

verweigerte. Einzig nahm sie seit November 2008 unregelmässig etwa ein Mal im Monat und seit Februar 2009 regelmässig etwa alle zwei Wochen eine ambulante Psychotherapie

in Anspruch, wobei sie medikamentöse Behandlungsversuche teilweise verweigerte  
(Bericht der behandelnden

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Dezember 2012, Urk. 11/53). Auf entsprechende Rückfragen der Beschwerdegegnerin bezeichnete Dr. A.\_\_\_\_

die bisher durchgeführten Rehabilitationsmassnahmen  
ausdrücklich als nicht ausreichend

(Antwortschreiben vom 1. Februar 2013, Urk. 11/58). Weiter hielt er wiederholt dafür, die Teilnahme an einem sozialpsychiatrischen Behandlungsprogramm, zum Beispiel im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Tagesprogramms, sei

wünschenswert (Urk. 11/54/18, Urk. 11/58). Dem Einwand, wonach in beiden psychiatrischen Gutachten eine schlechte Prognose gestellt worden sei, was gegen die überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Heilungserfolges durch entsprechende Therapieoptionen spreche, ist schliesslich

entgegenzuhalten, dass das Scheitern konsequenter Behandlungen nach schlüssiger Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_

zumindest zum Teil auf die dysfunktionalen Krankheitsvorstellungen der Beschwerdeführerin zurückzuführen ist (Urk. 11/58). Bei alledem kann weder von einem selbständigen, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelösten invalidisierenden depressiven Leiden noch von konsequent befolgten Depressionstherapien, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen,

die Rede sein. Kommt hinzu, dass Dr. A.\_\_\_\_ der medizinisch-theoretisch attestierten Arbeitsunfähigkeit in erster Linie die somatoforme Symptomatik und nur in deutlich geringerem Ausmass die depressive Problematik mit Antriebs- und Motivationsschwierigkeiten und Tagesmüdigkeit zugrunde legt (Urk. 11/54/17, Urk. 11/54/18, Urk. 11/54/19). 5.

Ausgehend von der von Dr. A.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), bei welcher es sich nicht um ein von der Schmerzstörung losgelöstes psychisches Leiden handelt, ist eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer klar nicht gegeben. So werden denn auch nach der Rechtsprechung leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C\_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2).

Unter diesen Umständen müssten die zusätzlichen Kriterien besonders ausgeprägt erfüllt sein, damit die Schmerzverarbeitungsstörung dennoch ausnahmsweise als unüberwindbar zu betrachten wäre (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.3 mit Hinweis). Dies ist vorliegend indes nicht der Fall. Gemäss dem polydisziplinären Gutachten vom 21. September 2011 bestand

im Zeitpunkt der Begutachtung aus somatischer Sicht unbestrittenermassen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 11/29/2 ) , weshalb das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankungen nicht gegeben ist (vgl. statt vieler : Urteil des Bundesgerichtes 8C\_145/2013 vom 1. Mai 2013 E. 5.5.2).

Auch ein sozialer Rückzug aus sämtlichen Belangen des Lebens ist zu verneinen, wovon im Übrigen – entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin - auch Dr. A.\_\_\_\_

nicht aus ging ( Urk. 11/54/13 ,

Urk. 11/58) . Gab doch die Beschwerdeführerin an, ihr Ehemann könne sie aufgrund seiner beruflichen Flexibilität zu sämtlichen Terminen begleiten, gehe mit ihr spazieren, besorge die Wäsche und das Kochen ( Urk. 11/54/10) und massiere sie nachts, wenn sie an Durchschlafproblemen leide ( Urk. 11/54/13). Sodann kämen ihre Eltern ein Mal pro Woche vorbei, ebenso eine der Schwestern ( Urk. 11/54/13 ) und würden die Verwandten (ihre Geschwister sowie ein Onkel des Ehemannes) das Putzen erledigen. Weiter fahre sie jährlich mit der Familie ins Heimatland ( Urk. 11/54/10). Ein mehrjährig- chronifizierter Krankheitsverlauf ohne zwischenzeitliche Phasen der Remission oder deutliche Besserung dürfte vorliegend zwar zu bejahen sein. Demgegenüber kann mit Verweis auf das in E. 5.4 Gesagte von gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung kaum

die Rede sein. Ausserdem

berichtete n sowohl die beurteilenden Fachärzte der Z.\_\_\_\_

als auch

Dr. A.\_\_\_\_

wiederholt von Selbstlimitierung , Aggravation respektive

demonstrativ und appellativ anmutende r

Körpersprache ( Urk. 11/29/37 , Urk. 11/29/47f., Urk. 11/54/15 , Urk. 11/54/18 ; vgl. hierzu: BGE 131 V 49 E. 1.2 ) .

Ob ein primärer Krankheitsgewinn vorliegt ,

kann schliesslich offen gelassen werden .

Die vorzunehmende Gesamtwürdigung der Kriterien ergibt jedenfalls, dass für die Annahme einer psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ kein Raum bleibt. 5. 6

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an der Vermutung, dass Somatisierungsstörungen oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind, 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 willkürlichen, unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann – entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin - 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).

Mit ihren übrigen Vorbringen ist die Beschwerdeführerin nicht zu hören. 5. 7

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, ihre psychischen Leiden zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich ein Einkommensvergleich. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen.

Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 7. 7 .1

Die Beschwerdeführerin ersuchte um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ( Urk. 1 S. 2 ). Mit den beschwerdeweise eingereichten Unterlagen ( Urk. 3/5-7) sowie mit Eingabe vom 7. Februar 2014 substantiierte sie ihr Gesuch bezüglich Bedürftigkeit und reichte nebst dem Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit diverse Unterlagen ein ( Urk. 8, Urk. 9/1-7). 7 .2

Nach Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht als aussichtslos erscheint. Gemäss §

## **E. 16**

GSVGer ). 7 .3

Unter lit. C/I des Formulars zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit gab die Beschwerdeführerin an , über kein Vermögen zu verfügen. Aus den eingereichten Unterlagen geht indes hervor, dass sie und ihr Ehemann zumindest bei der F.\_\_\_\_ Bank AG ein Bankkonto besitzen ( Urk. 3/5, Urk. 9/3, Urk. 9/4). Dieses hat sie im Formular weder beim Vermögen noch – im Falle eines Negativsaldos - bei den Schulden deklariert. Dasselbe gilt für das unter C/IV erwähnte Fahrzeug. Da die Beschwerdeführerin trotz entsprechender Auflage ( Urk. 8 lit. C Hinweis) keine Kontoauszüge aufgelegt hat , aus welchen hervorgehen würde, dass kein Guthaben gegenüber Finanzinstituten besteht , sind die massgebenden finanziellen Verhältnisse nicht belegt worden .

K ommt hinzu, dass auch die im Formular angegebenen Ausgaben nur lückenhaft belegt worden sind, namentlich fehlen

Belege für

die geltend gemachten Ausgaben für die Kranken- und Unfallversicherung , das Fahrzeug und die Zahn arztkosten des Sohnes . Bei dieser Sachlage ist davon auszugehen, dass keine prozessuale Bedürf tigkeit besteht. Entsprechend ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ab zuweisen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 30 . Januar 2014 um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen, und erkennt: 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dieter Studer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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