

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00145 vom 6. August 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00145

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00145 du 6 août 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00145 del 6 agosto 2014

Erwägungen

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. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 mehr-jähriger, 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 ff.).

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 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).

E. 1.4

Rechtsprechung gemäss kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil e des Bundesgerichts 9C_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3, 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3 ,

I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1).

E. 1.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, der Beschwerdeführerin seien - näher umschriebene -

behinde - rungsangepasste Tätigkeiten zu 80 % zumutbar (S. 1 unten) und es resultiere ein nicht anspruchsbegründender Invaliditätsgrad von 21 % (S. 2 oben). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das Y. ___ -Gutachten leide an - näher dargelegten - Mängeln (S. 5 ff. Ziff. 7 f.) und bei der Invaliditätsbemessung sei ein Leidens - abzug von 25 % angezeigt (S. 9 f. Ziff. 9), und sie stellte weitere medizinische Unterlagen in Aussicht (S. 10 Ziff. 10). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit verhält, und ob dies - bezüglich auf das Y. ___ -Gutachten abgestellt werden kann. 3.

E. 3

Juni 2004 nicht ein (Urk. 9/58), was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 23. Februar 2005 (Urk. 9/67) und vom Bundesgericht mit Urteil vom 8. August 2005 (Urk. 9/71) bestätigt wurde.

Auf ein weiteres Revisionsbegehren der Versicherten trat die IV-Stelle mit Ver - fügung vom 17. Oktober 2006 nicht ein (Urk. 9/84), was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 31. Januar 2008 bestätigt wurde (Urk. 9/89).

E. 3.1

Am 1 2. September 2002 erstatten die Ärzte der MEDAS Z. ___ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/24/1-10).

Sie nannten als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus Typ II (gut eingestellt) sowie Übergewicht mit Hyperlipidämie (S. 9 Ziff. 4.2). Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gebe es nicht (S. 9 Ziff. 4.1).

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte in seinem Bericht (Urk. 9/24/18-20) eine Rentenbegehrlichkeit (S. 3) und führte aus, es handle sich um eine weitgehend unkooperative , an der Klärung ihrer Situation nicht interessierte Person, deren Schmerzpräsentation übertrieben sei (S. 3 oben). Eine psychische Störung, welche ihre Arbeitsfähigkeit einschränken würde, bestehe nicht (S. 3 Mitte).

Der rheumatologische Gutachter führte in seinem Bericht (Urk. 9/24/15-17) aus, bei der festgestellten Panalgie handle es sich wahrscheinlich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 2 unten). Da primär keine rheumatologische Erkrankung vorliege, sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwer - deführerin aus rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 3 oben).

E. 3.2

V om 13. Februar bis 7. März 2008 weilte die Beschwerdeführerin in der Klinik A. ___ in stationärer Behandlung, worüber am 5. März 2008 berichtetet wurde (Urk. 9/174). Dabei wurde ausgeführt, der Eintritt in die Klinik sei wegen eines chronifizierten Zustandsbildes mit ge drückter Stimmung, Antriebsarmut, Freudlosigkeit und körperlichen Schmerzen erfolgt, wobei sich die Symptome in ambulanter Behandlung als weitgehend therapieresistent erwiesen hätten (S. 1).

Als Diagnosen wurden eine mittelgradige depressive Episode mit soma tischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein Diabetes mellitus Typ II, eine Psoriasis

pustulosa

palmo-plantaris und ein Vitamin B12-Mangel genannt (S. 1). Vor dem Hintergrund eines jahrelang bestehenden Diabetes mellitus Typ II sei differentialdiagnostisch an eine organische depressive Störung zu denken. Eine weitere Abklärung sei nicht möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin die stationäre Behandlung abgebrochen habe (S. 3).

Während des Klinikaufenthaltes habe eine mangelnde Therapiebereitschaft der Beschwerdeführerin bestanden. Diese sei auf ihre körperlichen Beschwerden eingeengt gewesen und habe wiederholt den Wunsch nach weiteren somatischen Abklärungen geäußert. Eine ambulante Weiterführung der psychiatrischen Behandlung sei dringend indiziert. Weiter werde eine kraniale Kernspintomographie zum Ausschluss von hirnorganischen Erkrankungen und die Optimierung der antidiabetischen Behandlung empfohlen (S. 3 unten).

E. 3.3

Vom 9. bis 22. Oktober 2008 war die Beschwerdeführerin in der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin, B.____, hospitalisiert, worüber am

13. Dezember 2008 berichtet wurde (Urk. 9/133/2-8). Dabei nannten die Ärzte des B.____ folgende Diagnosen (S. 1): - Psoriasis-Arthropathie / Differentialdiagnose: SAPHO-Syndrom - generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom - Totalruptur der Supraspinatussehne rechts, Mikroverkalkungen der Supraspinatussehne links - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - Nephrolithiasis - Diabetes mellitus Typ 2 - Helicobacter

pylori positive erosive

Antrumgastritis - Vitamin B12-Mangel - Nikotinabusus - latente Tuberkulose - Condylomata

accuminata anal und perianal - Perianalabszess

Die stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin sei erfolgt bei persistierenden starken Schmerzen ohne wesentliche Besserung bei einer Basistherapie mit Methotrexat. Die Beschwerdeführerin habe bei der Aufnahme über Schmerzen am ganzen Körper von brennendem und stechendem Charakter geklagt bei einem Schmerzmaximum in den Unterarmen sowie thorakal. Die Schmerzen seien dauernd vorhanden und unabhängig von Bewegung und Belastung. Klinisch imponiere eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit praktisch sämtlicher Körperregionen. Synovitiden seien nicht nachgewiesen worden. An den Handflächen und vor allem an den Fußsohlen seien ausgeprägte pustulöse Veränderungen festzustellen. In Anbetracht der ausgeprägten und zuletzt exazerbierten

Hautveränderungen sei eine dermatologische Mitbetreuung erfolgt. Hierbei sei unter intensiver Lokalthherapie eine deutliche Verbesserung der Beschwerden erzielt worden. Zur weiteren Abklärung der multilokulären Schmerzsymptomatik sei szintigraphisch sowie mittels Kernspintomographie eine Osteochondritis der ersten Rippe rechts nachgewiesen worden. Es sei diesbezüglich von einer entzündlichen Aktivität der Psoriasisarthritis auszugehen (S. 2 oben). Im Verlauf des Klinikaufenthaltes sei unter intensiver analgetischer und physiotherapeutischer Behandlung eine leichte Besserung der Beschwerden eingetreten (S. 2 unten). 3. 4

Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 18. Januar 2010 einen Bericht (Urk. 9/122/113-114). Darin nannte er als Diagnosen: mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung mit somatischem Symptom, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ängstliche Persönlichkeitsstörung, Psoriasis pustulosa palmo-plantaris, Diabetes mellitus Typ II (S. 2).

Dr. C.____ führte weiter an, die Beschwerdeführerin sei seit dem 7. Juli 2005 bei ihm in Behandlung. Als sie zu ihm gekommen sei, sei sie depressiv, sehr ängstlich, innerlich angespannt, im Antrieb vermindert, lust- und interesselos und ganz erschöpft gewesen. Sie sei in ihrem Denken eingeengt gewesen. Es hätten auch starke Konzentrationsschwierigkeiten und zeitweise Gedächtnis - störungen bestanden (S. 1 Mitte). Ihr Zustand habe sich in der ganzen Zeit nicht verändert. Es sei im Gegenteil zu einer Verschlechterung gekommen. Nach einem stationären Klinikaufenthalt sei vorübergehend eine Verbesserung eingetreten. Die Beschwerdeführerin sei aber nun wieder in ihrer Stimmung gedrückt, freudlos und im Antrieb vermindert. Die Schmerzen hätten sich verstärkt (S. 2 Mitte). Es handle sich um eine rezidivierende depressive Störung auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht zumindest zu 60 % arbeitsunfähig. Eine intensive psychiatrische Behandlung sei notwendig (S. 2 unten). 3. 5

Im Rückweisungs Urteil vom 5. Januar 2011 (Urk. 9/125/1-16) wurde unter anderem ausgeführt, seit 2008 bestehe die Diagnose einer Psoriasis- Arthro - pathie und einer Psoriasis pustulosa

palmoplantaris, mit relevanten Schüben seit Dezember 2007. Die namentlich von den Ärzten des B.____ gestellten Diagnosen ergäben ein verändertes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als zum Zeitpunkt der Begutachtung von 2002 (S. 14 E. 5.2). Zur Arbeitsfähigkeit hätten sich lediglich behandelnde Ärzte geäußert (S. 14 E. 5.1); da von der Beschwerdeführerin keine

ergänzenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit eingeholt worden seien, sei die Sache an die se zur wohl gutachterlichen Abklärung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zurückzuweisen (S. 15 oben). 4. 4.1

Im Bericht vom 12. November 2010 über die Untersuchung vom 1. November 2010 in der Schulter-/Ellbogensprechstunde der D.____ (Urk. 9/143/9-10) wurde als Diagnose eine symptomatische Rotatorenmanschettenruptur rechts mit / bei Psoriasisarthropathie Schulter rechts genannt (S. 1 Mitte).

Im Bericht vom 19. Januar 2011 über die Untersuchung und MRI-Besprechung vom 12. Januar 2011 (Urk. 9/135 = Urk. 9/143/11-12) wurde als Diagnose eine Psoriasisarthropathie mit / bei Schulterschmerzen rechts bei transmuraler Supraspinatus - und Subscapularisoberrandruptur genannt (S. 1 Mitte). 4.2

Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, der die Beschwerdeführerin seit 16. Juni 2008 behandelt (Urk. 9/143/6-8 Ziff. 1.2), führte in einem Zeugnis vom 28. Februar 2011 aus, er bestätige eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Diese betrage, vom 1. Januar bis 31. März 2011, 50 % für körperlich leichte, der Behinderung angepasste Tätigkeit en

(Urk. 9/128). In seinem Bericht vom 23. Oktober 2011 bezifferte er die Arbeitsunfähigkeit mit 50 %

bis auf weiteres (Urk. 9/143/6-8 Ziff. 1.11). 4.3

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.4) nannte in seinem Bericht vom 29. Juli 2011 (Urk. 9/136) die bekannten Diagnosen (Ziff. 1.1). Die Arbeitsunfähigkeit als Betriebsangestellte bezifferte er aus rein psychiatrischer Sicht mit 60 % von April 2005 bis Dezember 2008 und mit 100 % vom Dezember 2008 bis auf weiteres (Ziff. 1.6) 4.4 4.4.1

Am 4. April 2012 erstatteten die Ärzte des Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/146/1-32). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 18 ff.), die am 20. Februar 2012 erhobenen internistischen Befunde (S. 21 ff.) sowie ein nach Untersuchung vom 20. Januar 2012 erstattetes rheumatologisches Teilgutachten (S. 23 ff., vgl. Urk. 9/146/33-41) und ein nach Untersuchung vom 20. Februar 2012 erstattetes psychiatrisches Teilgutachten (S. 25 f., vgl. Urk. 9/146/42-51). 4.4.2

Die Gutachter nannten bezogen auf alle untersuchten Fachgebiete folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (S. 27 lit. E.1): - Läsion der Rotatorenmanschette rechts (Totalruptur der Supraspina - tusehne , Partialruptur Subskapularissehne) - Psoriasis arthropathica , aktuelle Basisbehandlung mit Methotrexat

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 27 lit. E.2): - Diabetes mellitus Typ 2 - koronare Herzkrankheit möglich (Infarkt Narbe im EKG von 2008) - Status nach Nephrolithiasis - Status nach Cholelithiasis - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode (F33.0) - dysfunktionale Schmerzverarbeitung bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F45.4) 4.4.3

Zusammenfassend nannten die Gutachter ein seit 2000 bestehendes generalisiertes Schmerzsyndrom; multiple Abklärungen hätten aus versicherungs - medizinischer Sicht nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. 2008 sei neu eine Psoriasis mit Psoriasis-Arthropathie diagnostiziert worden und es sei über Schulterschmerzen vor allem rechts und eine Rotatorenman - schettenläsion berichtet worden, womit sich die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes stelle (S. 27 lit. F).

Aus internistischer Sicht ergebe sich keine Erklärung für das Ganzkörper - schmerzsyndrom . Auch in den Vorakten würden keine internistischen Krank - heiten aufgeführt, die für die von der Beschwerdeführerin in den Vordergrund gestellten, subjektiv massiven Schmerzen ursächlich verantwortlich sein kö - nten (S. 27 unten).

Aus rheumatologischer Sicht seien die Ganzkörperschmerzen im Rahmen eines Fibromyalgie-Syndroms, aber auch - oder eher - im Rahmen einer so - matoformen Schmerzstörung zu erklären. Weder in den Akten noch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung fänden sich eindeutige entzündliche Veränderungen. Zwar seien 2008 neue Diagnosen gestellt und diskutiert worden. Man habe ein e Psoriasis mit möglicher Psoriasisarthropathie festgestellt, habe eine entzündliche Gelenkerkrankung diskutiert oder ein sogenanntes SAPHO-Syndrom; entsprechende klinische Befunde seien aber nie in einem Ausmass objektiviert worden, dass daraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten wäre (S. 28 Mitte).

Hingegen sei eine eindeutige Läsion der Schultergelenke (Rotatorenman - schettenläsion vor allem rechts) festgestellt worden. Diese verunmöglichten die bisherige Tätigkeit, sollte n hingegen eine angepasste Tätigkeit mit ent - sprechendem Belastungsprofil nicht beeinflussen, in welcher aus rheumato - logisch-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % bestehe (S. 28).

Der Psychiater erkläre das Schmerzsyndrom vorwiegend mit einer somato - formen Schmerzstörung. Angesichts weitgehend fehlender Foerster-Kriterien schränke diese die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ein (S. 28 unten). Im Gegensatz zu den behandelnden Psychiatern könnten die Gutachter keine höhergradige , die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Depression (höchstens eine Depression leichten Grades) und keine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren (S. 28 f.).

Wiederholt seien Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin auf - gefallen. Auffallend sei auch, dass die von ihr angegebenen Antidepressiva im Blut nicht nachweisbar gewesen seien, was auf eine Malcompliance hin - sichtlich Medikamenteneinnahme hinweise und Zweifel an der Darstellung des Leidensdruckes der Beschwerdeführerin wecke (S. 29 oben). 4.4.4

Zusammenfassend sei durchaus eine Veränderung zu verzeichnen. Neu k önnten im Vergleich zum Gutachten von 2002 eine leichte depressive Episode, eine somatoforme Schmerzstörung, ein e Psoriasis mit möglicher entzündlicher Komponente des Bewegungsapparates und vor allem eine Rotatorenman - schettenläsion der Schultern (mehr rechts als links) festgestellt werden. Ins - besondere die Schulterläsion verhindere seit Februar 2008 eine Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten (Reinigungsangestellte oder Mitarbeiterin in Pro - duktion und Versand einer Holzspielwaren- oder chemischen Fabrik). Für eine angepasste Tätigkeit bestehe aber seit gleichem Datum eine Arbeitsfähigkeit (S. 29 Mitte).

Tätigkeiten mit ausgesprochenem Einsatz des rechten Armes seien wegen der stark verminderten Belastbarkeit und Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter nicht mehr zumutbar. Leichte Tätigkeiten mit nicht nennenswert belastenden Armbewegungen, die zudem nicht ein Anheben der Arme über die Horizontale erforderten (beispielsweise Kontrollieren und Sortieren kleiner Gegenstände mit ausschliesslichem Handeinsatz, Tätigkeiten an einem Arbeitstisch auf üblicher Höhe, usw.) seien mit einem Leistungsverlust von zirka 20 % zumutbar (S. 29 unten). Dieser geschätzte Leistungsverlust ergebe sich aus der Annahme, dass die Beschwerdeführerin auch unter optimalen Bedingungen wegen ihrer Schulterbehinderung rechts nicht das Arbeitstempo und die Leistung von Normalpersonen erreichen werde (S. 29 f.).

Dauerndes Stehen sei wegen der Psoriasis der Füsse nicht möglich. Tätigkeiten mit Beanspruchung der Hände (beispielsweise häufiges Händewaschen, Arbeiten in Nässe oder Kälte) seien nicht zu empfehlen (S. 30 oben). 4.4.5

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/146/42-51) legte der Gutachter die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 43-46), die erhobenen Befunde (S. 46-48) und die Laborbefunde (S. 48 Mitte) dar und führte in seiner Beurteilung unter anderem aus, mit Blick darauf, dass die von der Beschwerdeführerin beklagte Schmerzsymptomatik nicht hinreichend durch somatische Erkrankungen erklärt werden könne, müssten die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und ein denkbarer Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren (Partnerproblematik und Ehescheidung sowie

Migrations - problematik) und der Entwicklung des chronischen Schmerzsyndroms diskutiert werden.

Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung indes nicht. Es mangle einerseits an einer schwerwiegenden, invalidisierenden und sozialmedizinisch relevanten Komorbidität, andererseits seien - wie bereits in der Vergangenheit auch dargestellt - Aspekte eines sekundären Krankheitsgewinns mit Entlastungswünschen deutlich im Vordergrund. Auch könne von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug nicht die Rede sein. Auch die psychischen Grundfunktionen und sogenannten komplexen Ich-Funktionen wie Intentionalität, Affektregulation, Interaktionsgestaltung seien ausreichend vorhanden, so dass die Beschwerdeführerin zweifelsohne Ressourcen aufweise, um damit etwaige aus einer chronischen Schmerzsymptomatik resultierende Hemmungen gegenüber einer Arbeitsleistung überwinden zu können (S. 49 Mitte).

Die von Dr. C.____ in den Raum gestellte schwere depressive Symptomatik liege nicht vor; die diagnostischen Kriterien einer schweren depressiven Episode seien nicht erfüllt. Vor dem Hintergrund der hier durchaus vorhandenen Interaktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin, ihrer Affektlage und Affektregulation mit eher dysphorischer, allenfalls leicht depressiver Symptomatik sei auch die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode derzeit nicht zu bestätigen. Es finde sich lediglich das Bild einer leichten Depression; unter Berücksichtigung der anamnestisch angegebenen früheren depressiven Episoden (gemäß Aktenlage) sei am ehesten von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, jedoch allenfalls vom Schweregrad einer leichten depressiven Episode (S. 49 unten).

Gegen die Annahme einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung spreche die jahrelange Fähigkeit der Beschwerdeführerin, integriert einer Arbeit nachzugehen. Auch sei sie in ihrem Verhalten keineswegs rigide und unflexibel, sondern durchaus in der Lage, sich auf Gegenüber und jeweilige Situation einzustellen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne deshalb nicht gestellt werden (S. 50 oben). 4.5

Vom 20. August bis 12. Oktober 2012 befand sich die Beschwerdeführerin in tagesklinischer Behandlung im F.____, worüber am 30. November 2012 berichtet wurde (Urk. 9/167/1-5). Diagnostiziert wurde unter anderem eine schwere depressive Episode (S. 1 Ziff. 1). Anamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit 2000 zu 100 % arbeitsunfähig; sie lebe bei der Familie ihres Sohnes und sei gut integriert (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei leicht gebessert, weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, aus der Behandlung entlassen worden. Die Depression habe nicht reduziert werden können. Prognostisch günstig sei die hohe Motivation, ungünstig seien die Chronifizierung und permanente Beobachtung der Schmerzen und die Anhäufung von körperlichen Beschwerden. Die Weiterbehandlung erfolge durch Dr. C.____ (S. 4 unten). 4.6

Im Bericht vom 12. Februar 2013 über die am 16. Januar 2013 erfolgte Untersuchung (vgl. Urk. 9/171/1-2) in der Schulter-/Ellbogensprechstunde der D.____ (Urk. 9/167/8-9) wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestünden im Rahmen eines seit zirka 2000 bestehenden generalisierten chronischen Schmerzsyndroms massive Ruheschmerzen am ganzen Körper; eine genaue Untersuchung der Schulter sei dadurch leider nicht möglich gewesen (S. 2 unten). 4.7

Am 16. Mai 2013 nahm Dr. C.____ (vorstehen E. 3.4) zum Y.____ -Gutachten Stellung (Urk. 9/171/3-4). Zu von den Gutachtern berichteten - einzeln genannten - Befunden führte er aus, dass er andere Beobachtungen gemacht habe (S. 1). Zustimmung fand die Feststellung im Gutachten, dass die Beschwerdeführerin nicht in Schmerzen gefangen sei (S. 1 unten). Er führte

weiter aus, seines Erachtens lägen eine mittelgradige bis schwergradige depressive Störung, eine ängstliche Persönlichkeitsstörung und ein chroni - fiziertes Schmerzsyndrom

in der rechten Schulter vor; deshalb finde er die Beschwerdeführerin in der bisherigen wie in einer anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 oben). 5.

E. 5

Februar 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom

E. 5.1

In der Beschwerde (Urk. 1) wurde - nebst allgemeineren Betrachtungen zum Thema Invalidenversicherung und Sozialhilfe (S. 3 Ziff. 3) - eingewandt, das Y.____ -Gutachten sei parteiisch und unprofessionell und ziehe vor allem nicht die richtigen Schlüsse, die man als neutrale r Gutachter ziehen müsste (S. 5 Ziff. 7).

Die Qualität eines Gutachtens hänge - was auch gerichtsnotorisch sein dürfte - auch vom (zeitlichen) Aufwand des Gutachters ab. Wenn ein Gutachter (gemeint sein dürfte der psychiatrische) sich lediglich 1 ½ Stunden Zeit nehme, spreche dies für eine gewisse Vorbefasstheit , habe sich der Gutachter doch offensichtlich bereits eine Meinung gebildet, die er dann im Untersuch nur noch abrunde (S. 6 Ziff. 8).

Falsch sei die Bezugnahme im Gutachten auf die Foerster-Kriterien, diese würden im Gutachten gar nicht diskutiert (S. 8 Mitte), seien aber - aus näher dargelegten Gründen - erfüllt (S. 8 ff.).

E. 5.2

Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die ihres Erachtens mit 1 ½ Stunden zu kurze Untersuchungsdauer ist entgegen ihrer Ansicht, was gerichtsnotorisch sei, nicht stichhaltig, gilt doch gegenteils , dass nicht die Dauer der Abklärung ent - scheidend ist, sondern ihre Qualität (vorstehend E. 1.4). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere, in welchem Umfang und welchem Detaillierungsgrad der psychiatrische Gutachter die Angaben der Beschwer - deführerin dargelegt hat (vorstehend E. 4.4.5); schon dies allein spricht deutlich gegen die Begründetheit der von ihr erhobenen Kritik.

E. 5.3

Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat sich der psychiatrische Gutachter sehr wohl zur Frage geäußert, ob die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit begründe und warum dies (bezie - hungsweise warum nicht) der Fall sei (vorstehend E. 4.4.5).

Dabei ist zu differenzieren: Wenn von ärztlicher Seite aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung (oder eines analog eingestuften Leidens) eine Arbeitsunfähigkeit postuliert wird, prüft die Rechtsanwendung anhand der von ihr entwickelten (bei Klaus Foerster entlehnten) Kriterien, ob diese Arbeits - unfähigkeit versicherungsrelevant ist (vorstehend E. 1.2). Wenn schon von ärztlicher Seite keine Arbeitsunfähigkeit postuliert wird, besteht

für die Rechtsanwendung keine Veranlassung zu einer zusätzlichen Relevanzprüfung. In diesem Fall stellt sich nur (aber immerhin) die Frage, mit welcher Begründung von ärztlicher Seite eine Arbeitsunfähigkeit verneint wurde, und ob diese Begründung schlüssig ist .

Vorliegend ist dieser zweitgenannte Fall gegeben. Der psychiatrische Gutachter hat die somatoforme Schmerzstörung als für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant beurteilt, dies mit Hinweis auf eine fehlende Komorbidität, einen deutlichen sekundären Krankheitsgewinn und ausreichend intakte Ich-Funktionen, aus denen auf die zur Bewältigung der Schmerzsymptomatik erforderlichen Ressourcen zu schliessen sei (vorstehend E. 4.4.5). Er hat somit die Zumut - barkeit einer Arbeitsleistung aus fachmedizinischer Sicht beurteilt; die von ihm dargelegte Begründung hat Berührungspunkte zu den von der Rechts - anwendung verwendeten sogenannten Foerster-Kriterien, beschränkt sich aber nicht darauf, sondern berücksichtigt mit den komplexen Ich-Funktionen zu - sätzliche Aspekte, gerade wie dies im neueren medizinischen Schrifttum ange - regt wurde (vgl. Hans Georg Kopp / Renato

Marelli , „ Somatoforme Störungen, wie weiter?“, SZS 2012, S. 249 ff.; Renato Marelli / Hans Georg Kopp / Joachim

Küchenhoff, Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2011, S. 111 ff.) .

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, es sei keine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen , als ausgesprochen sorgfältig und überzeugend begründet.

Entsprechend ist die Kritik der Beschwerdeführerin nicht stichhaltig.

E. 5.4

Die gegenüber dem Gutachten erhobenen Einwände erweisen sich somit als nicht geeignet, um dieses in Frage zu stellen. Vielmehr ist festzuhalten, dass das Gutachten alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich erfüllt.

Somit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für Tätig - keiten , welche dem im Gutachten formulierten Anforderungsprofil entsprechen (vorstehend E. 4.4.4), eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht.

E. 5.5

Bei der Invaliditätsbemessung ist die Beschwerdegegnerin für das

hypothetische Validen- wie Invalideneinkommen von einem Tabellenlohn von rund Fr. 53'377.-- bei vollem Pensum ausgegangen (Urk. 9/161).

Dies wurde beschwerdeweise nicht in Frage gestellt und ist nicht zu bean - standen.

E. 5.6

Hingegen machte die Beschwerdeführerin geltend, vom Tabellenlohn sei ein Abzug von 25 % vorzunehmen. Zur Begründung führte sie aus, sie könne in einer leichten Tätigkeit mit nicht nennenswert belastenden Armbewegungen niemals das Niveau eines gesunden Hilfsarbeiters erreichen. Die Schmerzen der unbestrittenen Schulterproblematik lähmten sie so, dass es ihr jede Arm - bewegung verunmögliche; da würde schon interessieren, wie sie

angesichts dieser Feststellung als Putzfrau tätig sein solle. Hinzu komme, dass die schwere Depression und die somatoforme Schmerzstörung jede Arbeitstätigkeit per se verhinderten (Urk. 1 S. 9 Ziff. 9).

Welchen Bezug zur Frage des Invalideneinkommen die von der Beschwer - deführerin erwähnte Tätigkeit im Reinigungsbereich hat, ist nicht ersichtlich, erachteten doch die Gutachter diese Tätigkeit als nicht mehr zumutbar (vorstehend E. 4.4.4). Sodann vermag die von ihr behauptete vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nichts zur Frage eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn beizutragen, ist doch von der gutachterlich erstellten Arbeitsfähigkeit von 80 % in adaptierten Tätigkeiten (vorstehend E. 5.4) auszugehen. Einzig das Argument, sie habe behinderungsbedingt auch in leichten Tätigkeiten einen Lohnnachteil zu gewärtigen, könnte allenfalls im Rahmen des genannten Abzugs berücksichtigt werden, dies jedoch keinesfalls im Umfang des maximal zulässigen Abzugs von 25 % .

Die genaue Höhe eines allfälligen Abzugs kann offen bleiben, denn ein renten - begründender Invaliditätsgrad von 40 % würde bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % nur mit dem Maximalabzug resultieren ($80 \% \times 0.75 = 60 \%$; Einbusse = 40 %), nicht aber einem solchen von bis zu 24 % ($80 \% \times 0.76 = 60.8 \%$; Einbusse = 39.2 %).

E. 5.7

Somit steht fest, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ausgewiesen ist, womit sich die anspruchsverneinende Verfügung als zutreffend erweist. Sie ist zu bestätigen, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6.

E. 6

Januar 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei ein e neutrale Begutachtung ihres Gesundheitszustandes vorzunehmen

(Urk. 1 S. 2

Ziff. 1-2) .

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. Mai 2014 (Urk.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen, ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einst w eilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozial - versicherungsgericht (GSVGer).

E. 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter machte mit Honorarnote vom 17. Juli 2014 einen Aufwand von 11.5 Stunden und Barauslagen von Fr. 35.-- geltend (Urk. 11/2). Beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist er mit Fr. 2'521.80 (inklusive Barauslagen und Mehr - wertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen, dies ebenfalls unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Marcel Bühler, Dübendorf, wird mit Fr. 2'521.-80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marcel Bühler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 8

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 28. Mai 2014 wurden den antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 10

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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