

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00609 vom 28. März 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00609](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00609)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00609 du 28 mars 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00609 del 28 marzo 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. März 2014 erstattet worden war ( Urk. 8/109). Zu diesen medizi nischen Abklärungen äusserte die Versicherte sich gegenüber der IV-Stelle am 2 5. April 2014 ( Urk. 8/111). Mit Verfügung vom 2. Mai 2014 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids und verneinte einen Leistungsanspruch ( Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art.

### **E. 1.2**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 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 Neuanmeldung 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 ana loger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (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 Verän derung 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 beschlies sen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist ent scheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderli chen allseitigen Untersuchun gen beruht, die geklagten Beschwerden berück sichtigt und sich mit diesen

sowie dem Verhalten der untersuchten Person aus einander setzt - 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 auszuräumende 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.). 2.

## **E. 2**

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Christe, am 4. Juni 2014 Beschwerde erheben. Sie beantragte die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und zum Neuentscheid an die IV-Stelle zurückzuweisen. Ausserdem beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands (Urk. 1). Mit der Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 18. Juli 2014 wurde die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwalt Daniel Christe als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Zudem wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). Am 15. September 2014 liess die Versicherte die Replik erstatten (Urk. 12) und am 16. Oktober 2014 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik (Urk. 14). Nach telefonischer Aufforderung reichte der unentgeltliche Rechtsvertreter Daniel Christe am 25. Februar 2015 seine Honorarnote ein (Urk. 16, Urk. 17). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle führte in der Verfügung vom 2. Mai 2014 insbesondere aus, es bestehe kein Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung und es sei keine Verschlechterung erkennbar. Die psychische Komorbidität sei invalidenversicherungsfremd, da sie überwindbar sei. Es könne auf das nachvollziehbare Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ abgestellt werden (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2014 ergänzte die IV-Stelle, die Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einem kabelproduzierenden Betrieb zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7).

### **E. 2.2**

Die Versicherte stellte sich in der Beschwerde vom 4. Juni 2014 auf den Standpunkt, bei ihr sei sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorhanden. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Auf das Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, eventualiter seien die medizinischen Abklärungen nach einer Rückweisung zu ergänzen (Urk. 1). In der Replik liess die Versicherte ergänzen, dass das Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ sich nicht genügend mit den abweichenden übrigen medizinischen Stellungnahmen auseinandersetze, weshalb es formell man gelhaft sei. Zudem sei das Gutachten materiell nicht überzeugend und könne gestützt auf die fachärztlichen psychiatrischen Berichte eine noch verwertbare Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden ( Urk. 12). 3. 3.1

Die IV-Stelle gab ein polydisziplinäres (psychiatrisch, rheumatologisch, allgemeininternistisch ) Gutachten bei der Medas

A.\_\_\_\_ in Auftrag ( Urk. 8/98). Die Gutachter untersuchten die Versicherte am 21., 22. und 23. Januar 2014 ( Urk. 8/109/1) und erstatteten ihr Gutachten am 17. März 2014 ( Urk. 8/108). Im Gutachten wurde zunächst die bisherige Aktenlage wiedergegeben ( Urk. 8/109/2-26). Anschliessend erfolgte die Familien- und Sozialanamnese, die Berufs- und Arbeitsanamnese, die persönliche Anamnese und die Systemanamnese (8/109/26-28). Die Versicherte führte zu ihren Beschwerden aus, sie leide seit Jahren an chronischen Schmerzen im Rücken und eigentlich im ganzen Körper, speziell stark im Nacken und Kopf sowie lumbal mit Ausstrahlung in beide Beine. Bei kaltem Wetter seien die Schmerzen stärker. Die Schmerzintensität im Rücken und Nacken liege oft bei acht auf einer Skala bis zehn, höher wenn sie länger als zehn bis fünfzehn Minuten sitze oder stehe. Hinzu komme Vergesslichkeit ( Urk. 8/109/28). Die Rückenbeschwerden seien vor ungefähr sechs bis acht Jahren aufgetreten. Ein bis zwei Jahre später seien Bandscheibenprobleme im Nacken dazugekommen. Sie leide nach wie vor an Blockaden im Rücken und Nacken, so dass sie manchmal nicht mehr aufstehen könne und den Notarzt rufen müsse, der ihr dann jeweils eine Spritze verabreiche. Mit den Blockaden und Schmerzen werde es immer schlimmer, sie müsse sich deshalb oft hinlegen. Manchmal wisse sie wegen der Schmerzen nicht einmal mehr, wo sie sich befinde. Während der ganzen Nacht verspüre sie ein Brennen im ganzen Körper. Trotz Medikation könne sie nicht gut schlafen und sei der Schlaf oberflächlich. Tagsüber sei sie müde, habe schwere Augen, fühle sich kraftlos und nervös. Ausserdem vergesse sie vieles, habe keinen Appetit und es sei ihr schwindlig ( Urk. 8/109/30-31). Zur Behandlung erklärte sie, sie gehe zweimal in der Woche in eine lockernde Physiotherapie und nehme seit Jahren die Medikamente Cipralex und Remeron ein ( Urk. 8/109/28). Sie frage sich, ob sie je wieder gesund werde, und sie habe Angst, in Zukunft einen Rollstuhl zu benötigen ( Urk. 8/109/29). Ihre körperlichen Fähigkeiten schätzte sie selbst äusserst tief ein ( Urk. 8/109/30 ). 3.2

Die Versicherte wurde rheumatologisch unter Bezug von Laborbefunden und bildgebenden Untersuchungen abgeklärt, sie wurde internistisch und psychiatrisch untersucht ( Urk. 8/109/29-32, Urk. 8/109/40-42 ).

Als objektiver Befund wurde festgehalten, die Versicherte habe zeitlich, örtlich und zur eigenen Person unsicher gewirkt. So habe sie weder ihr Alter angeben können noch die Frage beantworten, ob sie früher schon einmal in B.\_\_\_\_ gewesen sei. Das formale Denken habe zur Einengung auf die somatischen Beschwerden und deren Folgen geneigt. Inhaltliche Denkstörungen, wahnhaftige Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen seien nicht eruierbar gewesen. Auf die gestellten Fragen habe die Versicherte meist eingehen können, sie sei aufmerksam gewesen und habe sich gut auf das Gespräch einlassen können. Sie habe über Vergesslichkeit geklagt und sich beispielsweise nicht an die Geburtstage ihrer beiden Söhne erinnern können. Ihre Stimmung sei gedrückt und ihre Modulationsfähigkeit dementsprechend reduziert gewesen. Vor Schmerzen habe sie einige Male aufgestöhnt und auf diese hingewiesen. Ihre Beschwerden habe sie

verdeutlicht und ihr Verhalten sei demonstrativ gewesen, wobei Mimik, Gestik und Antrieb zu diesem Verhalten gepasst hätten. Der affektive Rapport sei distanziert gewesen und die Versicherte habe spontan Todeswünsche geäußert ( Urk. 8/109/32). 3.3

In der polydisziplinären Zusammenfassung führten die Gutachter aus, es werde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich einschränkten, wurden ein generelles chronisches Schmerzsyndrom mit multiplen vegetativen Begleitsymptomen, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10 F44.7), Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z63.5), ein Status nach Ehescheidung (ICD-10 Z63.5), eine leichte Aorteninsuffizienz (Echokardiographie November 2013), eine chronische Dyspepsie unter NSAR, ein Status nach Helicobacter

pylori-Eradikation wahrscheinlich 2011, eine PPI-Prophylaxe, ein Nikotinabusus und eine zentrale Adipositas Grad II mit BMI 32.6 kg/m<sup>2</sup>

genannt ( Urk. 8/109/45). Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, es bestehe für die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einem kabelproduzierenden Betrieb keine wesentliche Einschränkung. Auch für eine angepasste Tätigkeit, worunter einfache angelernte Arbeiten ohne ausgesprochene Stressbelastung fielen, bestehe keine langfristige Einschränkung ( Urk. 8/109/46-47). Es handle sich um eine Neubeurteilung desselben Sachverhaltes wie im Jahr 2009 ( Urk. 8/109/ 47) . 4. 4.1

In der interdisziplinären Zusammenfassung des psychiatrisch - rheumatologischen Gutachtens vom 16. März 2009, das Grundlage der Verfügung vom 9. Juli 2009 gewesen war,

wurden ebenfalls keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), ausgedehnte chronische Schmerzen, ein rechtsbetontes lumbospondylogenes Syndrom, ein Nikotinabusus, ein Vitamin-D-Mangel und eine Adipositas genannt. In der angestammten Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf dieses Gutachten wurde mit Verfügung vom 9. Juli 2009 das Leistungsbegehren abgewiesen ( Urk. 8/39), was mit Urteil des hiesigen Gerichts vom am 31. Dezember 2010 ( Urk. 8/69) und Urteil des Bundesgerichts vom 17. März 2011 ( Urk. 8/72 ) bestätigt wurde. 4.2

Zu prüfen ist nun, ob sich der Invaliditätsgrad seither verändert hat. Gemäss dem Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_, welches ebenfalls keine Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte, ist dies nicht der Fall. Die Versicherte liess dazu geltend machen, das Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_

überzeuge nicht. Die Einschätzungen der Rheumaklinik des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ sei in somatischer Hinsicht überzeugender als das Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ und in psychiatrischer Hinsicht seien die Berichte der D.\_\_\_\_, des Schmerzzentrums des E.\_\_\_\_ und des behandelnden Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_, welche unabhängig voneinander eine mittelgradige bis schwere depressive Störung mit chronischem Verlauf

diagnostizierten, überzeugender ( Urk. 1 S. 8-9). 4.3

#### 4.3.1

Der von der Versicherten angeführte

Bericht der Rheumaklinik des Universitäts spitals C.\_\_\_\_ vom 6. August 2013 nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes beidseitiges Schmerz syndrom (ICD-10 M54.4), ein chronisches Zervikalsyndrom (ICD-10 M53.1), eine depressive Störung, mittelgradig bis schwer, mit chronischem Ver lauf (ICD

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 10**

F32.2) , und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychi schen Faktoren (ICD-10 F45.41). Weiter wurden der Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) und der Verdacht auf eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) aufgeführt. Ein allfälliges arbeitsrelevantes Problem habe nicht erhoben werden können, da während der Tests das Schmerz verhalten mit ausgeprägter Selbstlimitierung im Vordergrund gestanden sei. Die Leistungsbereitschaft sei schlecht gewesen und die demonstrierte Belastbarkeit nur minimal. Es sei en eine deutliche Selbstlimitierung festgestellt und sieben Inkonsistenzpunkte beobachtet worden. Die Versicherte sehe sich nicht fähig, irgendeine Arbeit auszuüben. Ihrer Ansicht nach habe sie ihre Gesundheit verloren und könne nichts mehr machen. Die Untersuchbarkeit sei stark eingeschränkt gewesen, bei massivem Gegenspannen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung, der bildgebenden Abklä rung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklä ren. Aufgrund der objektivierbaren organischen Befunde (panvertebrale Rückenschmerzen auf dem Boden multisegmentaler degenerativer Veränderun gen) sei eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Aufgrund medizinisch-theoretischer Überlegungen werde die Arbeits fähigkeit aus somatischer Sicht auf mindestens 50 bis etwa 75 % eingeschätzt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnosen, charakteri siert durch eine chronische mittelschwere bis schwere depressive Störung, wel che erfahrungsgemäss mindestens eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründe, bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von aktuell maxi mal 50 % . Mutmasslich müsse sogar von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die Rehab i li tationsaussichten seien in Anbetracht der psychosozialen Risikofaktoren (niedriger Bildungsstatus, sozioökonomisch knappe Verhältnisse, bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit) ungünstig. In einer angepassten leichten wechselbelastenden Tätigkeit müsse aufgrund der feststell baren organischen Befunde eine Leistungsminderung von 25 % attestiert wer den, bedingt durch die Kumulation körperlicher Beschwerden (Arm-, Bein- und Rückenschmerzen) im Tagesverlauf. Unter Berücksichtigung der hauptsächli chen psychischen Diagnose (chronische mittelschwere bis schwere depres sive Störung) könne aber besten falls eine Arbeitsfähigkeit von 50 % diagnostiziert werden. Die genaue Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht müsse jedoch psychiatrisch festgelegt werden ( Urk. 8/92). 4. 3.2

Im Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ wurde ausgeführt, dass für das Ganzkörpererschmerzsyndrom

rheumatischerseits keine spezifische Ursache genannt werden könne ( Urk. 8/109/45). Das generalisierte Schmerzsyndrom sei unspezifisch und mit altersgemässen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule nicht zu erklären ( Urk. 8/109/48). Dies deckt sich damit, dass im Bericht der Rheumaklinik des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ vom 6. August 2013 festgehalten wurde, das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung, der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären ( Urk. 8/92) . Weiter hielt das Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ fest, mässige Bandscheibendegenerationen seien seit einem im Dezember 2007 erfolgten MRI bekannt, wobei schon damals keine foraminale Stenose oder Neurokompression vorgelegen habe. Die aktuelle Untersuchung habe keine klinischen Zeichen für eine radikuläre Symptomatik ergeben und das Ergebnis eines im Januar 2013 erfolgten Röntgens der Lendenwirbelsäule sei unauffällig gewesen bei Zeichen von mässigen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule ( Urk. 8/109/52-53) . Die Feststellungen der Rheumaklinik des Universitätsspitals C.\_\_\_\_

vermögen das Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen , da der Rheumaklinik des Universitätsspitals

C.\_\_\_\_ die Abklärung durch ausgeprägte Selbstlimitierung, schlechte Leistungsbereitschaft und stark eingeschränkte Untersuchbarkeit offenbar sehr erschwert wurde ( Urk. 8/92). Zudem wurde im Bericht der Rheumaklinik des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ ausgeführt, die Versicherte sei durch die Kumulation körperlicher Beschwerden (Arm-, Bein- und Rückenschmerzen) im Tagesverlauf in einer angepassten Tätigkeit in der Leistungsfähigkeit um 25 % eingeschränkt, ohne dass dargelegt wurde , ob es sich bei diesen Schmerzen um organisch erklär bare handle ( Urk. 8/92) .

Was die angestammte Tätigkeit betrifft, kann unter Verweis auf deren Umschreibung im Gutachten vom 16. März 2009 ( Urk. 8/25/8-9) festgehalten werden, dass es sich bei dieser weiterhin um eine angepasste Tätigkeit handelt - also um eine

einfache angelernte Tätigkeit ohne ausgesprochene Stressbelastungen gemäss dem Tätigkeitsprofil im Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ . Soweit sich der Bericht der Rheumaklinik des Universitätsspitals

C.\_\_\_\_ zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Störungen äussert, wird zu Recht durch die Ärzte selbst darauf hingewiesen, dass diese durch psychiatrische Fachärzte zu beurteilen wäre . 4. 4 4.4.1

Die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ hielten im Bericht vom 6. Juli 2010 , also kurz nach dem Nichteintreten der IV-Stelle vom 4. Juni 2010 auf die Neuanschreibung vom 21. Januar 2010 ( Urk. 8/60 und 8/50), als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.42) und eine depressive Störung, mittelgradig bis schwer, chronischer Verlauf unter medikamentöser antidepressiver Therapie (ICD-10 F32.2) fest. Bei der Versicherten zeige sich das symptomatische Bild einer anhaltenden Schmerzstörung. Neben einem poly symptomatischen Verlauf der Schmerzstörung habe sich mit einer Aufmerksamkeitslenkung auf die Beschwerden und einer damit verbundenen negativen

Gedankendynamik auch eine chronische depressive Symptomatik mit Angst entwickelt ( Urk. 8/64 /13-16 ).

Im Bericht vom 16. Mai 2012, im Zusammenhang mit der zweiten Neuanmeldung vom 1. April 2012 ( Urk. 8/77), führten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ die Diagnosen einer schweren depressiven Störung mit chronischem Verlauf unter medikamentöser antidepressiver Therapie (ICD-10 F32.2) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.42) auf. Das Zustandsbild habe sich klinisch auf einem schweren depressiven Niveau mit ausgeprägten Ängsten chronifiziert. Das Funktionsniveau sei ausgesprochen tief, so dass die Versicherte sich zeitweise nicht selber versorgen könne (Körperhygiene, Anziehen). Die depressive Symptomatik und die Schmerzsymptomatik verstärkten sich sicherlich gegenseitig. Verändert habe sich, dass die Versicherte durch die Aufnahme einer chiropraktischen Behandlung, die subjektiv eine Verbesserung bringe, und den Wunsch, die psychiatrische Behandlung wieder aufzunehmen, selbst aktiv geworden sei. Die Auflösung der sicher schwer belastenden Ehe dürfte eine Entlastung sein. Dies dürfe jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass das Leiden chronifiziert sei und die Versicherte neben Sprachschwierigkeiten und wenig Bildung auch Defizite in ihrer Persönlichkeitsstruktur mitbringe. Defizite in der Selbstwahrnehmung trügen wahrscheinlich wesentlich zur weiteren Aufrechterhaltung des Zustandsbilds bei. Wie sich die geplante medikamentöse Umstellung und die im letzten Gespräch verzeichnete mögliche Offenheit auswirkten, müsse zum jetzigen Zeitpunkt offen gelassen werden ( Urk. 8/79). 4.4.2

Ähnlich hatte der frühere, an Dres. F.\_\_\_\_ und Z.\_\_\_\_ gerichtete Bericht des Schmerzzentrums des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 1. November 2011 geäußert: er nannte als Diagnosen eine depressive Störung, mittelgradig bis schwer mit chronischem Verlauf (ICD-10 F32.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein chronisches rechts betontes

zervikozephalisches Schmerzsyndrom, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits und einen Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom des rechten Beines, einen Verdacht auf Agoraphobie (ICD-10 F40.0), einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) und eine vaginale Hysterektomie bei Adenomyosis uteri am 15. Februar 2011. Ein klinischer Status sei nur beschränkt möglich gewesen. Nach Stabilisierung der psychischen Problematik könne eine Reevaluation am Schmerzzentrum durchgeführt werden. Da die Versicherte in ihrem alltäglichen Handlungsspielraum sehr eingeschränkt und hilflos zu sein scheine, sei der Einsatz einer psychiatrischen Spitex in Erwägung zu ziehen. Möglicherweise sei auch ein Beistand nötig um bei der Erledigung von finanziellen Angelegenheiten zu helfen. Sofern noch keine neuerliche Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt sei, so sei dies aus Sicht des Schmerzzentrums angezeigt ( Urk. 8/91). 4.4.3

Im Abklärungsbericht der D.\_\_\_\_

vom 20. Mai 2014 wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), gegenwärtig mittelgradige Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) und Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10 F44.4) festgehalten. Die Arbeitsfähigkeit sei zurzeit aus psychiatrischer Sicht nicht gegeben, da allein schon die Wegfähigkeit massiv eingeschränkt sei ( Urk. 3/3). 4.4.4

In sämtlichen Arztberichten sowie im Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_

wurde eine Schmerzstörung - eine somatoforme Schmerzstörung, eine chronische Schmerzstörung mit somatisierenden und psychischen Faktoren oder ein chronisches Schmerzsyndrom und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung - diagnostiziert ( Urk. 8/64, Urk. 8/79, Urk. 8/91,

Urk. 8/109) . 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).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze gelten rechtsprechungsgemäss auch bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Somatisierungsstörungen

und dissoziativen Störungen (Urteil 8C\_696/2008 E. 8.2.2 des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009 mit weiteren Hinweisen ; BGE 137 V 64 ) . 4.4.5

Der psychiatrische Gutachter der Medas

A.\_\_\_\_ hielt fest, bei der Versicherten ständen eine Immigrationsproblematik und ein Status nach unglücklicher Ehe beziehungsweise nach einer Scheidung im Vordergrund sowie das eigene Krankheitskonzept mit Selbstlimitierung, welches sie in ihrem Alltag aus subjektiver Sicht völlig beeinträchtigt. Ihr sei es jedoch zumutbar, adäquate Strategien zur Bewältigung ihrer Konflikte zu entwickeln. Die Willensanstrengung zur adäquaten Überwindung ihrer syndromalen Leiden sei der Versicherten aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht zumutbar ( Urk. 8/109/35).

Bei der Versicherten wurden allerdings von den Gutachtern wie auch von den behandelnden Ärzten nebst zum Teil diffusen Schmerzen depressive Symptome festgestellt und diagno-

tiziert . Gemäss dem psychiatrischen Gutachten der Medas

A.\_\_\_\_ werden indessen chronifizierte oder undifferenzierte Somatisierungsstörungen sehr häufig von depressiven Symptomen begleitet. Bei der Versicherten seien diese Symptome nun nicht als eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität zu werten. Es liege vielmehr auf der Hand, dass die depressiven Verstimmungen Reaktionen auf die psychosozialen Belastungen (unglückliche Ehe, Scheidung, Schwierigkeiten bei der soziokulturellen

Eingewöhnung, fehlende Berufsausbildung) seien. Auch gegen endogene Anteile einer Depression spreche, dass die stets adäquat durchgeführte psychiatrische und psychotherapeutische Therapie zu keinen Erfolgen geführt habe. Zudem sei nachvollziehbar, dass eine medikamentöse Behandlung keine psychosozialen Probleme lösen könne ( Urk. 8/109/34).

Dies erscheint überzeugend, da aufgrund der Akten und der von der Beschwerdeführerin selbst geklagten Beschwerden tatsächlich die Schmerzstörung im Vordergrund steht. Zudem gab die Beschwerdeführerin den Gutachtern an, sie sei psychisch sehr von der Schmerzintensität abhängig ( Urk. 8/109/27). Ausser dem wurden die psychosozialen Belastungen auch von den behandelnden Psychiatern thematisiert, welche auf Sprachschwierigkeiten, wenig Bildung sowie Defizite in der Persönlichkeitsstruktur hinwiesen ( Urk. 8/79). Es liegt somit keine vom Schmerzerleben losgelöste psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. 4.4.6

Was die soziale Situation der Versicherten betrifft, so lebt diese mit ihrem jüngeren Sohn zusammen. Sie hält sich gemäss ihren Aussagen oft tagelang in der Wohnung auf, wobei sie liegt und in der Wohnung umhergeht. Weder lese sie, noch schaue sie fern. Den Haushalt erledigt mehrheitlich der Sohn. Freunden habe sie keine ( Urk. 8/109/26 -27 ). Ihre Söhne seien den ganzen Tag beschäftigt. Ihre Geschwister, die in Deutschland lebten, telefonierten zwar oft, doch sie übten Druck auf sie aus, dass sie spazieren gehen solle, was sie noch nervöser mache. Abends warte sie, bis ihr Sohn von der Arbeit nach Hause komme ( Urk. 8/109/31).

Es liegt somit ein gewisser sozialer Rückzug vor, wobei die Versicherte engen Kontakt zu ihren beiden Söhnen pflegt. Ein ausgeprägter Krankheitsgewinn lässt sich den Akten nicht entnehmen. Was bisherige unbefriedigende Behandlungsergebnisse betrifft, so erscheint die Schlussfolgerung der

Medas

A.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten nachvollziehbar, dass medizinische Massnahmen nur dann Sinn machen, wenn die Versicherte im therapeutischen Prozess aktiv mitwirkt und genügend Motivation zeigt, um Bewältigungsstrategien für ihr syndromales Leiden zu entwickeln ( Urk. 8/109/37). Gewisse somatische Beschwerden sind in Form von degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und thorakalen sowie gastrointestinalen Symptomen zwar vorhanden ( Urk. 8/109/48 ), jedoch nicht in erheblichem Ausmass.

Die Kriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeitsvermutung erlauben würden, sind damit nicht oder nicht in genügendem Ausmass erfüllt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5. 5.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht. 5.2

Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Daniel Christe, steht bei diesem Verfahrensausgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Mit der Honorarnote vom 25. Februar 2015

machte er einen Aufwand von neun Stunden und Barauslagen in der Höhe von Fr. 60.50 geltend ( Urk. 17) . Dieser Aufwand ist dem Umfang und der Schwierigkeit der Sache angemessen. Die Entschädigung beläuft sich unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- bis Ende Dezember 2014 und von Fr. 220.-- ab dem 1. Januar 2015 auf Fr. 2'021.20 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, wird mit Fr. 2'021.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -  
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 dem 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Naef

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