

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01147 vom 24. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01147

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01147 du 24 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01147 del 24 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1985, meldete sich erstmals am 31. August 2007 (Eingangdatum) unter Hinweis auf Rücken- und Beinschmerzen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/4). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und holte das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Y.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. April 2008 ein (Urk. 11/29). Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Vorbescheide vom 30. Juni und 1. Juli 2008, Urk. 11/33 und Urk. 11/35) verneinte die IV-Stelle mit Verfügungen vom 12. und 15. September 2008 (Urk. 11/36 und Urk. 11/37) sowohl einen Anspruch auf eine Invalidenrente als auch auf berufliche Massnahmen.

Am 1. Dezember 2010 (Eingangdatum) meldete sich die Versicherte erneut bei der IV-Stelle unter Hinweis auf Beschwerden im rechten Bein und im Rücken zum Leistungsbezug an (Urk. 11/39). Die IV-Stelle tätigte wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 24. Oktober

2011 ein (Urk. 11/57). Nach Erlass des Vorbescheids vom 8. November 2011 (Urk. 11/60) erhob die Versicherte am 3. Februar 2012 Einwand (Urk. 11/67), woraufhin die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen tätigte und das polydisziplinäre Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle A.____ (MEDAS) vom 27. November 2013 einholte (Urk. 11/90 und Urk. 11/91). Nach einer Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt am 17. Juni 2014 (Haushaltsabklärungsbericht vom 29. September 2014, Urk. 11/95) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. September 2014 das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 29. Oktober 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 29. September 2014 sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. Dezember 2011 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Streitsache an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Auflage, es sei auf Kosten der Beschwerdegegnerin eine neuerliche Abklärung zur Erwerbsfähigkeit und Haushaltsfähigkeit durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Bestellung von Rechtsanwalt Radek Janis als unentgeltlichen Rechtsbeistand. Mit Beschwerdeantwort vom 8. Dezember 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 11/1-100), was der

Be schwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Dezember 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12).

E. 2.1

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

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 zu dem

nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

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. 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 so weit 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. 2.3.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese

lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastige versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 2.3.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 2.3.3

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S.

150, I 9/07 E.

E. 2.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Befunde den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gut

achtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht 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.). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

In der angefochtenen Verfügung vom 29. September 2014 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen dafür, das MEDAS-Gutachten vom 27. November 2013 habe ergeben, dass die körperlichen Funktionseinschränkungen nicht nachweisbar seien und folglich nicht auf eine organische Ursache zurückzuführen seien. Ein vom Schmerzgeschehen losgelöstes psychisches Leiden und ein vollständiger sozialer Rückzug seien nicht ausgewiesen und die therapeutischen Massnahmen seien aktuell nicht ausgeschöpft. Die Testergebnisse zur Beurteilung der kognitiven Einschränkung seien unplausibel, logisch inkonsistent und deshalb nicht schlüssig. Es sei kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen.

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber in der Hauptsache vor, dass die gutachterlich diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung - wie von den MEDAS-Ärzten festgehalten - nicht überwindbar sei, da die Förster-Kriterien mehrheitlich erfüllt seien und es die Schwere und Vielfalt der psychischen Erkrankungen als unzumutbar annehmen liessen, dass die Beschwerdeführerin einer leidensangepassten Tätigkeit nachgehe. Die umfassende Invalidität sei damit ab Dezember 2010 erstellt (Urk. 1). 2.

E. 3.1

Die bis zur polydisziplinären Begutachtung aufliegenden Arztberichte wurden in der Expertise vom 27. November

2013 zusammengefasst (Urk. 11/90 S.

3

ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden.

E. 3.2.1

Die Ärzte der MEDAS hielten im Gutachten vom 27. November 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 11/90 S. 31): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bestehend seit 7 Jahren - Dissoziatives Geschehen (ICD-10 F44) mit Sensibilitätsstörung, Schmerzen und stuporösen Phänomenen, bestehend seit spätestens Dezember 2010 - Relevante kognitive Defizite (ICD-10 F7) bestehend seit der Kindheit - Status nach depressiver Episode, mittelgradigen Ausmasses im Februar 2013 (ICD-10 F32.8)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen (Urk. 11/90 S. 31): - Rechtsbetontes Schmerzsyndrom der gesamten rechten Körperseite (ICD-10 M79), bestehend seit November 2006, mit/bei - Symptomausweitung, Fehlhaltung und Dekonditionierung - Lumbosakrale Übergangsanomalie LWK5/SWK1 (ICD-10 M54.05), Erst diagnose 2007 - Neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion - Nikotinabusus

E. 3.2.2

Rheumatologisch bestünden bei der Beschwerdeführerin seit der Geburt des ersten Kindes im Jahr 2006 anhaltende lumbosakrale Beschwerden, welche sich im zeitlichen Verlauf deutlich auf die gesamte rechte Körperhälfte ausgedehnt hätten. Strukturell habe ein Neoarthritis LWK5/SWK1 rechts nachgewiesen werden können. Trotz wiederholten lokalen, unter anderem auch Steroidinjektionen in den Jahren 2007 bis 2010 sei es im weiteren Verlauf zu einer Ausweitung des Schmerzsyndroms auf die ganze rechte Körperseite gekommen. Die zahlreichen Bildgebungen mittels MRI in den Jahren 2007 bis 2010 hätten nie eine entzündliche systemische rheumatologische Erkrankung oder auch eine schwere strukturelle rheumatische Erkrankung nachweisen können. Multiple therapeutische Massnahmen hätten die Beschwerden nie positiv beeinflussen können, so dass schliesslich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt worden sei. Im Rahmen der aktuellen rheumatologischen Begutachtung seien keine schweren Gelenksveränderungen fassbar oder zu objektivieren gewesen. Passiv könne das Sprunggelenk vollständig gestreckt werden und es hätten deutliche Inkonsistenzen bei der Untersuchung bei einer deutlich verbesserten Hüftgelenks- und Kniestreckung im Sitzen als im Liegen oder bei der geführten und gezielten Untersuchung bestanden. Die Beschwerden seien aus rheumatologischer Sicht durch die strukturelle und kongenitale Übergangsanomalie auf Höhe LWK5/SWK1 nicht erklärbar. Die zirkulären Gefühlsminderungen, das hohe Schmerzniveau, das Versagen sämtlicher Massnahmen sowie die normalen neurologischen Befunde, inkl. früher durchgeführtem EMNG, würden auf eine massive Symptomausweitung, d.h. auf eine zentrale Schmerzsensibilisierung hin weisen. Die Beschwerden entsprächen aus rheumatologischer Sicht somit einem funktionellen rechtsbetonten Ganzkörperschmerzsyndrom bei Symptomausweitung und Verdacht auf somatoforme Anteile. Hinweise für ein CRPS oder eine andere Erkrankung fänden sich ebenfalls keine (Urk. 11/90 S. 36 f.).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe medizinisch-theoretisch für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne zusätzliche Leistungseinschränkung (Urk. 11/90 S. 37).

E. 3.2.3

Internistisch beurteilt stehe bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter Nikotinabusus im Vordergrund. Es sei nicht ganz klar, weshalb sie einen Nikotinkonsum verneint habe,

zumal ein klarer Faktor

nicotinus bestehe und der Nikotinkonsum in den früheren Akten festgehalten worden sei. Deswegen hätten sie bei der Beschwerdeführerin das CO-Hämoglobin im venösen Blut bestimmen lassen, welches einen Wert von 3.5 % ergeben habe, so dass von einem beträchtlichen Nikotinabusus ausgegangen werden dürfe. In Anbetracht der zu erwartenden späteren Sekundärfolgen wäre es indiziert, den Nikotinkonsum zu reduzieren, respektive zu sistieren (Urk. 11/90 S. 37).

E. 3.2.4

Die psychiatrische Synthese aus den Akten, der eigenen Anamnese und der objektiven Befunde habe bei der Beschwerdeführerin zu den Diagnosen 1) Status nach depressiver Episode, mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.8) im Februar 2013, 2) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), 3) dissoziatives Geschehen (ICD-10 F44) mit Sensibilitätsstörung, Schmerzen und stuporösen Phänomenen sowie 4) relevante kognitive Defizite (ICD-10 F7) geführt (Urk. 11/90 S. 37).

Aktuell würden der psychopathologische Befund und auch die unmittelbar zurückliegende Anamnese das Bild einer depressiven Episode nicht mehr abbilden. Es hätten bei der Beschwerdeführerin dissoziative Störungen im Sinne von stuporösen Ereignissen erkannt werden können, wobei es sich in der Regel um psychische Konflikte handle, die für sie nicht lösbar seien, um eine Störung der körperlichen und seelischen Integration, was immer wieder auch zur Produktion von pseudoneurologischen Symptomen wie Lähmungen, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen führen könne. Die von der behandelnden Ärztin postulierte gemischte Anpassungsstörung könne man nicht als eigenständige Störung erkennen, sondern sei im vorliegenden Fall der dissoziativen Störung zugeordnet. In Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten erkenne man auch das Bild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Auch auf kognitivem Gebiet nähmen sie Defizite an (Urk. 11/90 S. 37 f.).

Die Beschwerdeführerin sei nur eingeschränkt zur Anpassung an Regeln und Routinen geeignet, sie sei in der Planung und Strukturierung von Aufgaben eingeschränkt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei aufgrund geringwertiger Begabung reduziert, fachliche Kompetenzen zum Anwenden gebe es nur wenige. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit erscheine auch leicht eingeschränkt, ebenso die Durchhaltefähigkeit. Der psychiatrische Teilgutachter gehe davon aus, dass die beobachteten dissoziativen Phänomene sehr bewusst seinsnah gewesen seien. Es sei sehr leicht gelungen, sie zurückzuholen, vieles sei auch durchaus demonstrativer Natur und dennoch sei die Gesamtproblematik nicht einfach willentlich überwindbar. Die von Klaus Förster postulierten Prognosekriterien träfen insoweit teilweise zu, dass man einen mehrjährigen Krankheitsverlauf finde, der innerseelische Verlauf könne jedoch nicht als therapeutisch nicht mehr angebar gesehen werden, wenn es beim Konfliktgeschehen vermutlich auch um einen primären Krankheitsgewinn mit dem Ziel der entlastenden Konfliktbewältigung gehe (Urk. 11/90 S. 38).

Die Auswirkungen aus rein psychiatrischer Sicht seien nicht unerheblich, insbesondere im Bereich der Arbeit als Verkäuferin als auch Kassiererin, aber auch als Reinigungsfachkraft. Der psychiatrische Teilgutachter gehe aufgrund der geringen Funktionalität der Beschwerdeführerin davon aus, dass sie weder in diesen Tätigkeiten noch in einer angepassten Verweistätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt zum Gelderwerb geeignet sei.

Man gehe auch davon aus, dass diese Angaben seit Dezember 2010 Gültigkeit hätten, bzw. man finde keine gegenteiligen anamnестischen Angaben. In ihrem gegenwärtigen Zustand sei die Beschwerdeführerin einem Arbeitgeber nicht zumutbar (Urk. 11/90 S. 38).

Die Prognose aus psychiatrischer Sicht sei dennoch nicht nur negativ zu stellen, ein guter Anfang sei bei der gegenwärtigen Psychotherapeutin getan, aber nur gesprächstherapeutisch und pharmakologisch allein sei dieses psychiatrische Bild nicht aufzuarbeiten. Es erscheine das Hinzufügen der soziotherapeutischen Komponente (Tagesstruktur, psychiatrische Spitex, Tagesklinik, beschützter Arbeitsplatz) als relevantes weiteres Standbein der Behandlung notwendig mit echten Chancen der Verbesserung (Urk. 11/90 S. 38).

E. 3.2.5

In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung zeige die Beschwerdeführerin eine neuropsychologisch unplausibel und logisch inkonsistente Symptomproduktion. Darauf würden unter anderem auffällige Leistungen in zwei Symptomvalidierungsverfahren hinweisen. Auch das Testmuster sei neuropsychologisch unplausibel, indem bei leichteren Aufgaben schlechtere Leistungen erbracht worden seien als bei schwierigeren Aufgaben. Aufgrund der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung liessen sich aktuell keine Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit ableiten (Urk. 11/90 S. 38).

Trotz der inkonsistenten neuropsychologischen Testung müsse davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin ein komplexes psychiatrisches Bild bestehe, das gegenwärtig dazu führe, dass die Beschwerdeführerin in erster Linie keinem Arbeitgeber zumutbar sei (Urk. 11/90 S. 38).

Spätestens seit Dezember 2010 bestehe für die bisherigen Tätigkeiten als auch für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, respektive sei sie keinem Arbeitgeber zumutbar (Urk. 11/90 S. 40).

E. 4

am Ende), und Konversionsstörungen /dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April

2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April

2008 E. 3.4) sowie bei Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August

2010 E. 2.3, 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_136/2013 vom 16. Februar

2014 E. 4.1-2) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related

Fatigue stellt (BGE 139 V 346 E.

3 mit Hinweisen).

E. 4.1

Das MEDAS-Gutachten vom 27. November 2013 (Urk. 11/90) beruht auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Urk. 11/90 S. 3 ff.) verfasst. Die Gutachter haben detail lierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführer auseinandergesetzt. Zudem haben sie grundsätzlich die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das MEDAS-Gutachten erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

2.4). Namentlich erlaubt es auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281

(vgl. dazu E. 2.3 und E. 4.2 ff.).

E. 4.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsgemässen erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose

auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält.

Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art.

E. 4.2.2

Die begutachtenden Ärzte der MEDAS hielten jeweils getrennt voneinander aggravatorisches Verhalten fest:

Lic. phil. B.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass als Gründe für die neuropsychologisch unplausible Symptomproduktion entweder eine Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen oder ein schweres psychopathologisches Geschehen in Frage komme. Bei einem psychopathologischen Geschehen müssten sich die Beeinträchtigungen auch in Alltagsleistungen gleichermassen wie in der jetzigen

Untersuchung zeigen, d.h. als schwerste Invalidisierung mit dauerndem Betreuungs- und Überwachungsbedarf, worauf die zur Verfügung stehenden Informationen nicht hinweisen würden. Für eine Aggravation bzw. Simulation spreche unter anderem, dass bei einer Vorbegutachtung im Z. ___ kein Paracetamol habe nachgewiesen werden können, obwohl sie angegeben habe, dieses Medikament eingenommen zu haben. Ein ähnliches Phänomen habe sich offenbar auch bei der MEDAS gezeigt, so erfüllten in einer Laboruntersuchung anfangs September die Werte des Neuroleptikums Seroquel und des Schmerzmittels Dafalgan bei Weitem nicht die Nachweiskriterien, obwohl sie angegeben habe, täglich Seroquel einzunehmen und die Hausärztin über eine Einnahme u.a. von Dafalgan berichtet habe. Das Z. ___ habe zudem über klinische Inkonsistenzen so eine fehlende Umfangsdifferenz der unteren Extremitäten sowie eine symmetrische plantare Beschwellung im Widerspruch zu einer klar demonstrierten und wiederholt angegebenen Schonung des Beines berichtet (Urk. 11/91 S. 8).

Dr. med. C. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, dass zahlreiche der berichteten Beschwerden diskrepant erschienen, etwa die Schilderung von Schmerzen oder die Schilderung des Alltags und die Präsentation im Gutachten. Nicht vorliegend seien Medikamentenverweigerung oder ständiger Arztwechsel, ebenso wenig eine erfolglose Behandlung oder dass sie keine Verbesserungsmöglichkeiten ihres Gesundheitszustandes sehen würde. Dennoch stehe mehr die Anerkennung ihres Leidens im Vordergrund, als dass die Bereitschaft zur Veränderung erkennbar wäre. Die Leistungsmotivation sei fraglich, der Leidensdruck gegeben. Entsprechend Konsistenz-Parameter nach Widder falle eine fehlende Modulierbarkeit der Schmerzen auf, eine unpräzise ausweichende Schilderung der Beschwerden. Es sei auch nicht möglich, mit ihr über Verweistätigkeiten zu sprechen, frage man nach solcher hiesse es, es müsse eine Tätigkeit im Liegen sein. Letztlich liege auch ein unklares und diffuses Schmerzbild vor, es bestehe Migrationshintergrund und die letzte Stelle sei bereits gekündigt. Simulation liege nicht vor, ebenso wenig Dissimulation, Aggravation sei sichtbar, manche der Antworttendenzen seien auffällig, aber nicht alle (Urk. 11/91 S.

19). Zudem ging Dr. C. ___ davon aus, dass die beobachteten dissoziativen Phänomene sehr bewusstseinsnah gewesen seien, es sei ihnen sehr leicht gelungen, die Beschwerdeführerin zurückzuholen. Vieles sei auch durchaus demonstrativer Natur gewesen und dennoch sei die Gesamtproblematik nicht einfach willentlich überwindbar (Urk. 11/91 S. 23).

Dr. med. D. ___ , Innere Medizin FMH, konstatierte, dass die Beschwerdeführerin deutlich verladen wirke, jedoch auch ein deutlich demonstrativ-manipulatives Verhalten aufweise. Sie spiele die ganze Zeit mit dem TENS-Gerät herum, dessen Elektroden am Vorderarm rechts aufgeklebt seien. Auch zeigten sich deutliche Anzeichen von Verdeutlichung und Aggravation, die Beschwerdeführerin hinke und gebe Schmerzlaute von sich. Zur MEDAS komme sie hinkend an einem Stock gehend. Mehrmals träten zudem Phasen auf, wo sie „abwesend“ wirke, allerdings bestehe der Verdacht, dass diese „Absenzen“ bewusstseinsnah aufträten. Insbesondere falle auf, wenn die Beschwerdeführerin aus einer „solchen Absenz“ erwache, dass sie demonstrativ mit dem Kopf zucke (Urk. 11/90 S. 28). Auch beim Erheben der objektiven Befunde fielen verschiedene Inkonsistenzen auf: So habe die Beschwerdeführerin keine Druckdolenz

über dem ISG rechts unter Ablenkung bemerkt und erst als sie darauf aufmerksam geworden sei, dass man diese Region untersuchen wolle, habe sie eine äusserst starke Druckdolenz in diesem Bereich an gegeben. An den oberen Extremitäten bestehe ein normaler Muskeltonus und eine symmetrische Muskelatrophie. Bei Prüfung der Kraft habe die Beschwerdeführerin eine schmerzbedingte verminderte Kraft im Bereich des ganzen rechten Armes und der rechten Hand demonstriert, links sei die Kraft erhalten. Es fänden sich jedoch keine Paresen: Kein Absinken der Arme im Haltepositionsversuch, beim Finger-Nase-Versuch mache sie nicht mit, ebenso wenig bei Prüfung der Diadochokinese oder Feinmotorik. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar. Auch an den unteren Extremitäten bestehe ein normaler Muskeltonus und symmetrische Muskelatrophie, sie demonstriere eine verminderte Kraft im Bereich des rechten Beines und des rechten Fusses, ohne dass sich Paresen fänden. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar und Pyramidenzeichen lägen keine vor. Bei Prüfung der Sensibilität gebe sie eine Hyposensibilität der gesamten rechten Körperhälfte an, dies für alle Qualitäten. Das Gangbild werde als extremes Schonhinken rechts demonstriert und sie gebe an, ohne Stock nicht weiter gehen zu können. Auch beim Gang am Stock demonstriere die Beschwerdeführerin ein deutliches Schonhinken links. Wie sie zur Blutentnahme gebracht werde, sei das Schonhinken viel weniger prägnant, sie wirke offenbar auch wacher und selbständiger und gebe an, dass sie ihren Ehemann nach der Blutentnahme selber suchen könne, sie werde dann mit ihm Mittagessen und um 14.00 Uhr wieder in der MEDAS sein (Urk. 11/90 S. 29).

Dr. med.

E.____, Rheumatologie FMH, gab an, dass die klinische Untersuchung aufgrund der sehr schlechten psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin nur eingeschränkt beurteilbar sei. Sie könne nur am Stock gehen, das rechte Bein werde komplett entlastet. Das Bein werde geschont. Strukturell seien keine schweren Gelenksveränderungen fassbar oder zu objektivieren. Passiv könne das Sprunggelenk vollständig gestreckt werden. Es bestünden Inkonsistenzen bei der Untersuchung bei einer deutlich verbesserten Hüftgelenks- und Kniestreckung im Sitzen als im Liegen oder bei der geführten und gezielten Untersuchung. Die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien durch die strukturelle und kongenitale Übergangsanomalie nicht erklärbar, diese führten in der Regel zu keinen Beschwerden (Urk. 11/91 S. 29).

Zusammenfassend ist die Leistungseinschränkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem wesentlichen Teil auf Aggravation zurückzuführen. Ob überhaupt eine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, ist damit zumindest äusserst fraglich.

E. 4.3

Davon ausgehend, dass trotz der dokumentierten Aggravation allenfalls den noch ein selbstständiger Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 4.2.1), sind nach folgend die Standardindikatoren, insbesondere der nach

bundesgerichtlicher Rechtsprechung beweisrechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz

zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Die Beschwerdeführerin sei seit April 2012 bei Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in wöchentlicher Behandlung. Pharmakologisch erfolgt die

Behandlung mit Saroten

ret . 100 mg täglich und Quetiapin 100 mg/Tag. Therapieversuche mit Cymbalta , Neurontin und Mydo calm hätten wegen Nebenwirkungen beendet werden müssen (Arztbericht vom 4. Februar 2013, Urk. 11/77 S.

3 und S.

8). Erst nach Erstattung des MEDAS-Gutachtens, in welchem im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten wurde, dass nur gesprächstherapeutisch und pharmakologisch das Bild nicht aufzuarbeiten sei und es einer soziotherapeutischen Komponente (Tagesstrukturierung, psychiatrische Spitzex zur Aktivierung, Tagesklinik, geschützter Arbeitsplatz) bedürfe (Urk. 11/91 S. 23 f.), bereitete Dr. F.____ eine tagesklinische Behandlung an drei Halbtagen pro Woche vor (Arztbericht von Dr. F.____ vom 15. Juni 2014, Urk. 11/94). Allerdings befürworteten die Ärzte der Tagesklinik - den Ausführungen von Dr. F.____ folgend - die Aufnahme der Beschwerdeführerin nicht, da sie mit dem Therapieangebot der Tagesklinik gegenwärtig noch überfordert sei. Es sei eine Fortsetzung der ambulanten Einzeltherapie und als nächster Zwischenschritt eine Ergotherapiegruppe empfohlen worden. Sie erhalte eine sehr intensive physiotherapeutische Behandlung mit bis zu 4 Terminen pro Woche (Arztbericht vom 27. Oktober 2014, Urk. 3/4).

Aus den Akten geht nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin eine Ergotherapiegruppe besucht. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C.____ ausführte, dass sie von der wöchentlichen ambulanten Psychotherapie bei Dr. F.____ sehr viel halten würde und nun seit über einem Jahr dort sei und von ihr Saroten und Seroquel erhalte. Stationäre Behandlungen hätten nie stattgefunden, auch nicht teilstationäre, da würde sie nicht mitmachen (Urk. 19/91 S. 16). Der Leidensdruck der Beschwerdeführerin ist demnach behandlungsanamnestisch stark in Zweifel zu ziehen.

Das Aktivitätsniveau lässt sich - aufgrund der von Dr. C.____ als diskontinuierlich beurteilten Schilderung des Alltags - nicht abschliessend beurteilen (vgl. E. 4.2).

E. 4.4

Zusammenfassend sind die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung und des dissoziativen Geschehens mit Sensibilitätsstörung, Schmerzen und stuporösen Phänomenen - sofern überhaupt ver sicherungsrechtlich relevant - nach Bereinigung der Aggravation nur noch gering. Hinzu kommt, dass

der beweis rechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz nicht ausgewiesen ist und die funktionellen Auswirkungen demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen sind. Da die Beschwerdeführerin nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Folgen der

Beweislosigkeit

zu tragen hat, ist weder die diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung

noch das dissoziative Geschehen mit Sensibilitätsstörung, Schmerzen und stuporösen Phänomenen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als invalidisierend qualifizieren.

E. 4.5

Die darüber hinaus von den MEDAS-Ärzten festgehaltenen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vermögen keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden zu begründen: Die depressive Episode ist remittiert, womit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass diese noch Auswirkungen zeitigt. Die kognitiven Defizite sind - da sie bereits seit der Kindheit bestehen und die Beschwerdeführerin dennoch vollumfänglich einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen konnte - in va lidenversi cherungsrechtlich unbeachtlich.

In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als auch in sämtlichen leichten bis mittelschweren Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsfähig ohne zusätzliche Leistungseinschränkung (Urk. 11/90 S. 37 und S.

39).

E. 4.6

Da die Beschwerdeführerin entsprechend in der angestammten als auch in jeder leichten bis mittelschweren Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist, erleidet sie keine Erwerbseinbusse. Die Beschwerdegegnerin verneinte demnach zu Recht einen Anspruch auf eine Invalidenrente und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 5.

5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 5.2

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist die Beschwerdeführerin bedürftig (Urk. 8; Urk. 15; Urk. 16/1-8). Antragsgemäss (Urk. 1) ist ihr deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Da zudem die anwaltliche Vertretung der Beschwerdeführerin geboten war, ist ihr Rechtsanwalt Radek Janis als unentgeltliche r Rechtsvertreter zu bestellen. Rechtsanwalt Radek Janis machte mit seiner Honorarnote vom 20. Februar 2016

(Urk. 18 und Urk. 19) einen Aufwand

von 11.6 Stunden und Barauslagen von Fr. 193. 25 geltend, was angemessen erscheint. Daraus resultiert eine Entschädigung von insgesamt Fr. 2' 608.75 (inklusive Mehrwertsteuer von 8 %) weshalb Rechtsanwalt Radek Janis in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des G esetzes über das Sozialversicherungsgericht , GSVGer). Das Gericht beschliesst,

In Bewilligung des Gesuchs vom 29. Oktober 2014 wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Radek Janis, Zürich, als un

entgeltliche r Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Radek Janis, Zürich, wird mit Fr. 2'608.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Radek Janis -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage des Doppels von
Urk. 17 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

E. 7

Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen selbstständigen Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2).

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