

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01259 vom 31. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01259

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01259 du 31 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01259 del 31 ottobre 2016

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

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob eine seelische Abwegigkeit mit Krankheitswert besteht, welche die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2014 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E.

4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergibt sich ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

E. 1.5

.2

Ein Grund für eine Wiedererwägung einer Verfügung besteht in der Regel, wenn eine Leistungszusprechung unvertretbar war, weil sie aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 138 V 324 E. 3.3). Qualifiziert unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde liegt, so wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dazu führte, dass die Invaliditätsbemessung nicht auf einer nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 9C_466/2010 vom 23. August 2010 E. 3.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_307/2011 vom 23. November 2011 E. 3.2 mit Hinweis). Die Frage nach der zweifellosen Unrichtigkeit beurteilt sich nach der Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis (vgl. BGE 138 V 147 E. 2.1 S. 149; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Aufhebung des ursprünglichen Rentenentscheids damit, die ursprüngliche Rente sei damals trotz widersprüchlicher medizinischer Berichte und bei ungenügender Aktenlage zugesprochen worden. Eine zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs sei nicht möglich gewesen, der Sachverhalt sei unvollständig festgestellt worden und deshalb sei die Verfügung in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zweifellos unrichtig. Das eingeholte Gutachten habe gezeigt, dass aufgrund eines mittelgradigen depressiven Zustandsbildes eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, es sei aber von einer zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindbarkeit derselben auszugehen. Es bestünden keine Gründe dafür, weshalb nicht

eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in vollem Umfange möglich sei (Urk. 2) . 2.2

Die Beschwerdeführerin kritisiert zusammengefasst in der Beschwerde das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten. Im Besonderen könne auf das somatische Gutachten mangels Fachkompetenz des Internisten für die vorliegende Frage und mangels Überzeugungskraft des Gutachtens insgesamt nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 19 ff., S. 40). Das psychiatrische Gutachten sei zwar in diagnostischer Hinsicht richtig, die Relativierung der Relevanz der gestellten Depressionsdiagnose für die Arbeitsfähigkeit durch Prüfung der Förster-Kriterien durch den Psychiater sei jedoch unrichtig. Die Versicherte leide an einer pathologischen Bewegungsangst (Kinesiophobie), was verkannt worden sei (Urk. 1 S. 41 f.). Sodann habe sich die Depression verschlechtert gegenüber der Situation, wie sie bei Zuspreehung der Rente bestanden habe (Urk. 1 S. 42).

Die Depression sei bei der Schmerzpatientin als eigenständige Diagnose zu betrachten (Urk. 1 S. 46 , S. 48). Es bestehe kein Grund , um auf die ursprüngliche Rentenzuspreehung zurückzukommen (Urk. 1 S. 45). 3. 3.1

Grundlage der ursprünglichen Invalidenrentenverfügung war das von der IV-Stelle eingeholte

Gutachten von Dr. A.____ vom 15. Februar 2004 (Urk. 15/12).

Dr. A.____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Dysthymia mit gegenwärtig schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome . Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 % , es könne der Versicherten nicht mehr zugemutet werden zu arbeiten. Sie klagte über Schmerzen im linken Handgelenk, zeitweise bis in die Schulter ausstrahlend, Rückenschmerzen, Beinschmerzen, Kraftlosigkeit im linken Arm, die Finger seien wie eingeschlafen. Sie habe Schlafstörungen, sei viel am Grübeln und sei dann wie „weggetreten“, schon Kleinigkeiten bereite ten

ihr grosse Sorgen. Sie klagte auch über Gedächtnisstörungen und Vergesslichkeit. Der Arzt beschrieb, die Beschwerdeführerin sei auf ihre körperlichen Beschwerden völlig fixiert, formal sei das Denken aber geordnet. Weil das klinische Bild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer schwereren depressiven Episode eindeutig sei, habe er auf weitere Abklärungen verzichtet (Urk. 15/12).

Die IV-Stelle hatte einzig diese s

Gutachten zur Begründung der ganzen Rente beigezogen. Sie hatte es zwar noch Dr. med. F.____

vom RAD am 14. Mai 2004 vorgelegt und ihn um seine Meinung dazu gebeten. Dieser führte da zu aus, das Gutachten sei sehr unbefriedigend, die Versicherte habe doch über Jahre hinweg ein 100%iges Pensum gehabt und es spielten sicher etliche IV-fremde Faktoren eine Rolle. Im Gutachten werde allerdings neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt. Bei dieser Diagnose sei von einer 100%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit auszugehen, auch wenn die Diagnose ungenügend erhärtet erscheine (Urk. 15/14/3). 3.2

Die medizinischen Grundlagen, im Besonderen das Gutachten von Dr. A.____ , vermögen in keiner Hinsicht zu überzeugen. Zum einen unterliess es

Dr. A.____ , eine fachärztlich gesicherte Diagnose zu stellen, indem er keinen Bezug auf die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) nahm. Auch führte er nicht

an, welche

der Akten bezogen auf die somatische wie auch psychische Gesundheit er bei seiner Beurteilung berücksichtigt hat te , es fehlt jegliche Auseinandersetzung damit. Er erwähnte einzig „Diskrepanzen zu den Berichten aus G.____“ (Urk. 15/12/2) .

Welche das waren und inwiefern die damals dort gestellten Diagnosen oder erhobenen Befunde anders oder falsch sein sollten, legte er nicht dar. Nach einem längeren stationären Aufenthalt hatte n

damals im Austrittsbericht vom 17. Januar 2003 nach erfolgtem psychosomatischem Konsilium (Urk. 15/7/26-29) die Ärzte

belastungsabhängige

Handgelenkschmerzen links und eine Affektstörung im Rahmen einer Anpassungsstörung mit anhaltender dissoziativer Symptomatik und schwer dysfunktionaler Anpassung an die Schmerzproblematik im Sinne einer Symptomausweitung diagnostiziert (Urk. 15/7/20/21) .

Die untersuchenden Psychiater hatten

zusammengefasst neben Krankheitsdiagnosen auch eine erhebliche Selbstlimitierung und einen maladaptiven Umgang mit den Schmerzen im Sinne einer Symptomausweitung bei der durchaus intelligenten und differenzierten Versicherten festgestellt (Urk. 15/7/29). In der Gesamtbetrachtung waren die Ärzte zur Einigung gelangt, dass aufgrund der demonstrierten geringen Belastbarkeit in der Therapie von keiner auf dem Arbeitsmarkt relevanten Arbeitsleistung auszugehen sei . Unter Weglassung der selbstlimitierenden Faktoren hatten sie ihr aus somatisch-funktioneller Sicht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Arbeit ohne repetitiven Krafteinsatz der linken Hand zugestanden (Urk. 15/7/22).

Ohne sich mit diesen Beurteilungen auseinanderzusetzen oder einen Verlauf seit dieser Zeit in G.____ aufzuzeigen, stellte Dr. A.____

die Diagnose n einer „schwereren depressiven Episode“ und einer somatoformen Schmerzstörung und attestierte

damit einhergehend eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit. Die Diagnose bezeichnete der Gutachter als „eindeutig“ , begründete seine Ansicht aber nicht . Gemäss ICD-10 (Kapitel V, klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage , S. 174) ist bei einer schweren depressiven Episode die Patientin meist erheblich verzweifelt und agitiert. Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld sind meist vorherrschend, teilweise besteht ein hohes Suizidrisiko. Es müssen alle drei für die leichte und mittelgradige depressive Episode typischen Symptome und mindestens vier andere, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten, vorhanden sein. Die Versicherte jedoch zeigte sich anlässlich der Untersuchung allseitig orientiert, kooperativ und formal geordnet. Von einer grossen Verzweiflung oder Agitiertheit geht aus dem Untersuchungsbericht von Dr. A.____ nichts hervor. Er erwähnte als objektiven Befund einzig ein verlangsamtes Denken und eine Fixiertheit auf die körperlichen Beschwerden. Die Versicherte selber erwähnte Durchschlafstörungen, Schuldgefühle wegen ihrer Hilfslosigkeit, reduzierten Appetit und Gedächtnisstörungen, ohne dass diese der Gutachter allerdings verifiziert hätte. Die Anforderungen, wie sie die Wissenschaft und Rechtsprechung an eine medizinische Diagnosestellung und an den Beweiswert eines Gutachtens damals schon

stellten, gehen aus dem Bericht von Dr. A.____ in keiner Weise hervor. Schon im Zeitpunkt der Renten zusprenkung war hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

3.3

Damit ist die seitens der IV-Stelle - gestützt auf die Diagnose der schwereren Depression – angenommene 100%ige Arbeitsunfähigkeit ohne Grundlage. Das Gutachten von Dr. A.____ konnte keine taugliche Grundlage für die Rentenzusprache bilden, wie der RAD damals zu treffend ausführte. Es war insbesondere weder umfassend noch in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen blieben gänzlich unbegründet (BGE 125 V 351 E. 3a). Damit beruht die ursprüngliche Rentenzusprache auf einem offensichtlich unvollständigen Sachverhalt und war demzufolge zweifellos unrichtig, wie die IV-Stelle richtig erkannt hat (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_680/2014 vom 16. März 2015).

E. 4

Interdisziplinär diagnostizierte n

die beiden Gutachter einen Status nach einem Quetschtrauma des linken Handrückens mit Ablederungsverletzung und partieller Durchtrennung der Strecksehne des Mittelfingers und einen radiologischen Verdacht auf beidseitige Spondylolyse von LWK5/SWK1 mit Anterolisthese Stadium I mit leichtgradiger

Chondrose, weiter eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung.

Diese Diagnosen erachteten sie als für die Arbeitsfähigkeit relevant. Dem weiter gezeigten und geklagten weitreichenden generalisierten Schmerzsyndrom hin gegenwärtig wiesen die Gutachter keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. Für den Zeitraum vor 2003 erachteten sie die somatische Situation als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend, für die Zeit danach und im Besonderen im Zeitpunkt der Begutachtung erachteten sie hingegen einzig die psychiatrische Situation als für die Arbeitsfähigkeit entscheidend (Urk. 15/84/19). Das Profil einer zumutbaren Arbeit beschrieben die Gutachter folgendermassen, es sollte eine Arbeit in einem temperierten Raum sein und auf eine leichtgradig körperlich belastende Tätigkeit mit wechselnd sitzender, stehender und gehender Körperhaltung beschränkt sein. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die repetitiv zu bewegendes Gewichte sollten nicht schwerer als 7,5 bis 10 kg sein (Urk. 15/84/20).

E. 4.1

Es stellt sich die Frage, ob im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im Oktober 2014 eine Rentenberechtigung vorlag, so dass die Aufhebung der Invalidenrente trotz früherer offensichtlicher Unrichtigkeit nicht statthaft ist. Es ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung frei zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts 9C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 5, 9C_208/2016 vom 17. Juni 2016 E. 2.2).

E. 4.2.1

Zur Klärung der gesundheitlichen Verfassung der Beschwerdeführerin liess die IV-Stelle durch Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumakrankungen, und durch Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter Mitwirkung eines Dolmetschers, ein interdisziplinäres Gutachten erstellen (Mitteilung vom 23. April 2013, Urk. 15/79).

E. 4.2.2

Dr. B.____ gegenüber klagte die Versicherte über Schmerzen in der linken Körperhälfte, der linken Hand und im

linken Arm, im linken Brust- und Bauchbereich und im linken Bein. Zeitweise habe sie auch Schmerzen in der rechten Schulter und im rechten Nackenbereich. Im Verlauf seien die Schmerzen immer gleich geblieben. Den linken Arm bewege die Versicherte gar nicht mehr wegen der Schmerzen (Urk. 7/84/42-43). Der Arzt beschrieb die Versicherte als wach und bewusstseinsklar. Die Konzentrationsfähigkeit sei klinisch eingeschränkt und im Gedächtnis fielen Defizite auf. Das formale Denken sei auf die bestehenden Probleme eingeschränkt und verlangsamt, aber geordnet. Die Versicherte wirke klinisch affektiv deprimiert, ratlos, nachdenklich und innerlich unruhig, der Antrieb sei reduziert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei klinisch reduziert und auf den depressiven Pol hin verschoben. Die Versicherte beschreibe mit lebhafter Gestik die verschiedenen Schmerzgebiete, es bestehe kein Anhaltspunkt für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung.

Unter Zuhilfenahme einer umfassenden Testdiagnostik [BDI-II Beck Depressionen-Inventar, Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), Allgemeine-Depressions-Skala (ADS), Somatisierung (SOMS-7T), Mini-ICF-APP Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen] kam der Gutachter zum Schluss, dass die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.9), leide, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke.

Als für die Arbeitsfähigkeit nicht relevante psychiatrische Diagnosen stellte er diejenigen von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) und einen schädlichen Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.1).

Der Arzt erwog, dass rasch nach dem Unfall im Jahr 2001 eine Ausweitung der anfänglichen linken Handbeschwerden auf den Rest des Körpers wie beschrieben geschehen sei, aufgrund derer die Versicherte den linken Arm kaum mehr bewege. Seit 2002 leide sie unter depressiven Beschwerden, die seither persistierten. Die Versicherte nehme eine Gesprächstherapie bei Dr. med. D.____ wahr und werde medikamentös antidepressiv behandelt (Urk. 15/84/52). Unter Darstellung der diversen psychiatrischen

Diagnosen im Laufe der Zeit stellte er fest, er gewinne den Eindruck, die Versicherte übertreibe die an und für sich bestehenden Beschwerden und Beeinträchtigungen zu Demonstrationszwecken. Dies lasse auf eine Verdeutlichungstendenz schliessen, die jedoch nicht soweit gehe, dass eine Aggravation vorliege. Bei der Versicherten mit den Hauptsymptomen einer deprimierten Stimmung, Konzentrationsdefiziten, Gedächtnisdefiziten, innerer Unruhe, eingengtem Denken und eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, Schlafstörungen, zeitweisen passiven Todeswünschen und Reduktionen des Antriebs sei ein mittelgradig depressives Zustandsbild festzustellen. Da im Laufe der Zeit keine Remission zu verzeichnen sei, sei von einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.9), auszugehen. Die Versicherte zeige auch eine massive Selbstlimitierung. Sie gehe nie an die Grenze, zeige ein ausgeprägtes Schonverhalten bei der Benützung des linken Armes. Er bewerte diese Schonhaltung im Rahmen einer Kinesiophobie im Sinne einer akzentuierten, ängstlich getönten Schonhaltung, die zur Bewegungsvermeidung und schliesslich zur Fixierung der Bewegungsvermeidung führe. Diese Kinesiophobie habe zur Folge, dass die Versicherte mögliche Schmerzempfindungen in phobisch-übersteigerter Weise vorwegnehme und in der Folge Bewegungen im Sinne einer fokussierten Selbstlimitierung schon in einer frühen Phase der Ausführung abbreche. Den Nichtgebrauch des linken Armes bewerte er nicht als dissoziative Symptomatik sondern als wesentlich bewusstseinsnaher mit der Folge der physischen und psychischen Dekonditionierung. Die Versicherte verharre seit Jahren in ihrer Krankenrolle, er vermöge bei der Versicherten einen sehr grossen sekundären Krankheitsgewinn und einen ausgeprägten interozeptiven und amplifizierenden Wahrnehmungsstil feststellen. Die Versicherte beobachte sich selbst intensiv und mit ängstlicher Besorgnis. Sie tendiere in der Folge bei unangenehmen Körpersignalen rasch dazu, die Signale als Krankheit zu interpretieren, und sie nehme Schmerzreize unverhältnismässig intensiv und beeindruckend auf. Es lasse sich bei ihr eine Symptomausweitung feststellen, die diagnostisch als somatisch nicht ausreichend abstützbare Schmerzen bei psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) einzuordnen sei. Dies sei keine Krankheit, sondern eine erlernte Verhaltensstörung im Sinne einer dysfunktionalen Verarbeitung von Schmerzen. Mangels einer hinreichenden psychosozialen Belastung bei der Entstehung der Schmerzsymptomatik sei auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zu stellen (Urk. 15/84/57).

Der Psychiater kam zum Schluss, dass aus der Schmerzproblematik keine Arbeitsunfähigkeit resultiere. Aus der rezidivierenden depressiven Störung resultiere eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 4.2.3

Der Rheumatologe Dr. C.____ stellte eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität der linken Körperhälfte fest für taktile Reize bei normalem Lage- und Vibrationsinnern. Die Arme zeigten nur geringe Umfangsdifferenzen

die er als normal physiologisch bezeichnete. Die Versicherte habe über generalisierte Druckschmerzen, betont linksseitig, geklagt. Sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke seien in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft geschildert worden, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht worden sei. Die Versicherte habe sich mit schmerzverzerrter

Mimik und Gestik präsentiert, so dass 5 der 5 Waddellzeichen nachweisbar gewesen seien. Er schilderte, die Versicherte übe Bewegungen insbesondere mit dem linken Arm, verlangsamt und phasenweise umständlich aus. Sie könne den Arm bei Selbstmobilisation auf der Untersuchungsliege unbehindert einsetzen und in Bauchlage liegend den Arm vollständig eleviert und flektiert neben dem Kopf ablegen. Phasenweise blocke sie zunächst harmonische Bewegungen im Bereich des linken Armes mit einem muskulären Widerstand ab, dies geschehe auch bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Deshalb seien Untersuchungen, die abhängig von der Mitarbeit der Versicherten seien, nicht konklusiv durchführbar (Urk. 15/ 84/5).

E. 4.3

Dr. A.____, der die Versicherte im Rahmen der Rentenzusprechung begutachtet hatte, wurde von dieser am 6. November 2014 um die Erstellung eines Konsiliarberichts gebeten (Urk. 3/12). Er untersuchte die Versicherte am 12. November 2014. Im Bericht vom 15. November 2014 diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2).

Der behandelnde Arzt der Versicherten, Dr. med. D.____, dessen Bericht mitunterzeichnet wurde von Dr. phil. E.____, Klinischer Psychologe, nahm am 15. Dezember 2014 seinerseits Stellung zum Gutachten von Dr. B.____

und Dr. C.____

(Urk. 10).

Er gelangte zu den

sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit dissoziativer Symptomatik (ICD-10 F32.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einem Status nach Quetschtrauma mit Weichteilablederung am linken Handrücken und Teildurchtrennung der Strecksehne Dig. III links am 31. Oktober 2001, einem Status nach akuter Otitis media

perforata links, nach einer Tachykardie am 22. Juli 2011 und nach einer erosiven

Antrum- und Korpusgastritis, axialen Hiatushernie und Cholecystolithiasis. Die Versicherte könne aufgrund dieser Diagnosen keine längeren einseitigen Arbeiten wegen Schmerzen machen. Sie zeige eine deutliche Verlangsamung, könne keine Instruktionen entgegennehmen, könne keinen Arbeitsweg wegen Ängsten bewältigen und sei auch für angepasste Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig. Eine Tätigkeit sei der Versicherten nicht zumutbar (Urk. 10).

E. 5

.1

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten vermag zu überzeugen. Beide fachärztlichen Gutachter berücksichtigten die Vorakten und untersuchten die Versicherte eingehend. Im Besonderen der psychiatrische Gutachter, der unter Mithilfe einer I.____ sprechenden Dolmetscherin die Versicherte begutachtete, machte umfassende Tests, um eine gesicherte Diagnose und deren Schweregrad zu ermitteln.

Beide Fachärzte setzten sich mit den anderen ärztlichen Angaben aus den Vorakten auseinander und legten ihre Schlüsse einleuchtend dar.

So wurde in somatischer Hinsicht gleich wie schon anlässlich der Abschlussuntersuchung bei m

Suva- Kreisarzt Dr. med. J.____ am 9. Mai 2003 kein physischer Grund für die von der Versicherten gezeigte Schonhaltung des ganzen linken Armes gefunden. Die Umfangmasse des rechten und linken Armes waren wenig abweichend von einander, was nicht für eine Nichtbenützung des linken Armes spricht, was Dr. C.____ einleuchtend kommentierte (Urk. 15/84/13). Dr. C.____

untersuchte auch die Ellbogen- und Schultergelenke, wobei er keine unterschiedlichen oder verminderten Bewegungsamplituden feststellen konnte. Er zeigte denn auch auf, dass die Versicherte den Arm durchaus in der Bauchlage abheben und gebeugt neben den Kopf ablegen konnte. Auch während der stationären Untersuchung in der Klinik G.____

hatte die Versicherte den linken Arm in Schonhaltung gehalten und angegeben, ihren Arm fast nicht mehr gebrauchen zu können, hatte aber beispielsweise trotzdem vermocht,

ihr Esstablett herumzutragen (Urk. 15/7/22). Die feststellbaren somatischen Folgen des Unfalles an der linken Hand erachtete Dr. C.____

als sehr gering, im Gegenteil erwähnt er ein erfreuliches Resultat. Die Versicherte beanstandet, dass Dr. C.____ – anders als andere Ärzte – keine Arthrose am linken Handgelenk diagnostizierte, wohingegen sie, die Versicherte, deswegen eine Rente der Unfallversicherung beziehe (Urk. 1 S. 20), und kritisiert deshalb das Gutachten von Dr. C.____.

Der Kreisarzt Dr. J.____, auf dessen Einschätzung sich die Suva stützte, hatte im Abschlussbericht vom 9. Mai 2003 von einer radiologisch höchstens leichten bis mässigen Radiokarpalarthrose gesprochen, für welche er einen (künftigen) Integritätsschaden von 7,5 % bezifferte (Urk. 15/8/6). Wie er genau zu dieser Diagnose kam, geht aus den Akten nicht hervor. Der Befund einer Arthrose an der linken Hand (radio- scaphoidal) ist dem Operationsbericht des Z.____ vom 25. April 2002 zu entnehmen. Anlässlich der Arthroskopie mit Shaver wurde eine solche und eine Diskusläsion erkannt und behandelt (Urk. 15/7/44). Zuvor hatte sich im Arthro-MRI am 12. März 2002 einzig ein Hinweis auf eine Degeneration des TFC (triangulärer fibrocartilaginärer Komplex) ergeben (Urk. 15/7/48). Dr. C.____

selber erwähnte neue Röntgenbilder, erstellt

am 4. Juli 2013, und erkannte darauf jedoch keine Auffälligkeiten

(Urk. 15/84/6), mithin auch keine relevante Arthrose. Indem er in der Folge ein angepasstes Tätigkeitsprofil erwähnte, nämlich ein solches für nur leichtgradig belastende körperliche Tätigkeiten mit Gewichten bis maximal 10 kg, trug er einer gewissen eingeschränkten Belastbarkeit des Handgelenks – entgegen der Darstellung der Versicherten (Urk. 1 S. 20) – dennoch Rechnung. Die Ärzte der Klinik G.____ und Dr. J.____ hatten auch unter ausdrücklicher Berücksichtigung einer Arthrose in der Diagnose eine leichte Tätigkeit ganztags vorgesehen, so dass von einer nur geringen Abweichung in der Auswirkung gesprochen werden kann. Das Gutachten von Dr. C.____ verliert dadurch jedenfalls nicht seine Beweiskraft.

E. 5.2

Dr. C.____, der – entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 24) - über die eidgenössischen medizinischen Weiterbildungen Allgemeine Innere Medizin (1994) und Rheumatologie (1996) und damit durchaus über die vorliegend massgebenden medizinischen Fachkenntnisse verfügt (vgl. www.medregom.admin.ch

), erwähnte sodann in der Diagnose die neue ren röntgenologisch festgestellten degenerativen Veränderungen (MRI der Lenden wirbelsäule vom 10. Mai 2013, Urk. 15/84/24) an der Wirbelsäule, sprach diesen jedoch gleichzeitig keine wesentliche Bedeutung zu. Dies leuchtet ein, wenn man berücksichtigt, dass die Versicherte im Bereich der Wirbelsäule alle Bewegungen gleich schmerzhaft beschrieb, unabhängig von jeglicher Position. Die Ärzte des K.____

hatten

schon im Bericht vom 13. September 2002 eine Fehlform der Wirbelsäule (Skoliose, Flachrücken) und Abnützungen an der Hals- wie auch der Lendenwirbelsäule (beginnende Osteochondrosen, beginnende Spondylose) festgestellt. Aufgrund ihrer Feststellung, rein bezogen auf die Rückenschmerzen sei aus rheumatologischer Sicht längerfristig wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende bis mittelschwere Tätigkeiten möglich (Urk. 15/7/35), wird deutlich, dass die bereits von ihnen gemachten objektivierbaren Befunde nicht schwerwiegend waren und sie wegen diesen von keiner anhaltenden Arbeitsbeschränkung ausgingen. Im Bericht des behandelnden Chiropraktors der Versicherten vom 4. Mai 2013, Dr. L.____, werden im Wesentlichen die gleichen radiologischen Befunde erwähnt, die 2013 gemacht worden waren (Urk. 15/84/82).

Wenn bei dieser Sachlage Dr. C.____ unter zusätzlicher Berücksichtigung der aktualisierten Bilder zum Schluss kommt, dass diese für die zahlreichen und undifferenziert geklagten Beschwerden als somatische Erklärung nicht in Frage kommen, und dass die röntgenologischen Befunde in ihrer Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit zu relativieren seien (Urk. 15/84/14), leuchtet das ein und es kann ihm gefolgt werden. Die zahlreichen von der Beschwerdeführerin geklagten diffusen Druckschmerzen am ganzen Körper konnte Dr. C.____

keinem somatisch-pathologischen Krankheitsbild zuordnen.

E. 5.3

Dr. B.____ kam nach seinen umfangreichen Tests und Untersuchungen zum Schluss, dass die Versicherte an einer eigenständigen monopolaren rezidivierenden depressiven Störung im Sinne von ICD-10 F33.9, in mittelgradiger Ausprägung, leidet (Urk. 15/84/55), der er eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 50 % zuschrieb. Er schrieb dieser Diagnose die festgestellte deprimierte Stimmung, die Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, die innere Unruhe, das eingeeengte und verlangsamte Denken, die eingeschränkte affektive Schwun gungsfähigkeit, die Schlafstörungen, die Reduktion des Antriebs und die zeit weise vorhandenen passiven Todeswünsche zu.

Er setzte sich sodann mit der anders lautenden Diagnose des psychosomatischen Konsiliums anlässlich der stationären Behandlung in der Klinik G.____ und von Dr. D.____ auseinander, welche beide neben einer depressiven Störung eine dissoziative Störung diagnostiziert hatten für die zahlreichen, somatisch nicht erklärbaren geklagten Schmerzen und geeigneten Bewegungseinschränkungen (Urk. 15/7/26, 15/74/5).

Gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V (F))

E. 5.4

Den Grad der Depression bezeichnete Dr. B.____ als mittelgradig. Auch dieser Ansicht ist zu folgen, wurde sie doch mittels umfassender Tests ermittelt und so festgestellt. Gerade bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbussen ist der Einsatz von geeigneten Tests zur Evaluation der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft der Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu prüfen (vgl. Qualitätsleitlinien für Versicherung psychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Version vom 16. Juni 2016, Ziffer 4.3.2.2, einsehbar im Internet auf <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommis>

sionen/leitlinien

), was Dr. B.____ vorliegend überzeugend

gemacht hat. Eine Depression mittleren Grades wird im Übrigen vom behandelnden Dr. D.____ im Bericht vom 15. Dezember 2014 bestätigt, indem er nach Durchsicht der Tests und der Resultate die Diagnose als gut begründet bezeichnet (Urk.

E. 5.5

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermag der Abschlussbericht zur Arbeitsdiagnostik vom 23. September 2014 die ärztlicherseits gestellten Diagnosen nicht zu entkräften. Es wurde darin aufgezeigt, dass die Versicherte erneut den linken Arm nicht wesentlich einsetzte, nur als Halteunterstützung (Urk. 15/129/2), was jedoch – wie die Ärzte festgestellt haben – so matisch nicht erklärbar ist. Gemäss dem Bericht zeigte die Beschwerdeführerin eine sehr passive, in sich gekehrte Haltung. Auch die Kommunikation und die Artikulationsfähigkeit der Versicherten waren sehr herabgesetzt, sie zeigte sich äusserst hilflos und desorientiert und vermochte den Anforderungen an eine einfache Arbeit nicht nachzukommen (Urk. 15/129/3). Der Bericht zeigt die von den Gutachtern dargelegte umfassende Dekonditionierung

als Folge des übermässigen Schon- und Vermeidungsverhaltens, dem jedoch aus gutachterlicher Sicht keine eigentliche psychische oder physische Erkrankung zu Grunde liegt

(Urk. 15/84/55 f.),

in jeder Hinsicht eindrücklich. Die Versicherte scheint überhaupt nicht mehr daran gewöhnt zu sein, sich ausserhalb ihres Umfeldes zu bewegen. Wie sie selber sagte, habe sich auch ihre Fähigkeit, Deutsch zu sprechen durch ihre lange Abwesenheit von der Arbeit erheblich reduziert, so dass nur schon die Kommunikation mit ihr sehr erschwert war.

Dies jedenfalls kann nicht als relevante krankheitsbedingte Einschränkung bewertet werden. 5.6

Dr. C.____ und Dr. B.____ gelangten in der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin seit 2003 und aktuell eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufgrund der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung hat, und zwar im Umfang von 50%. Sie legten der Tätigkeit dabei ein Profil zugrunde, das keine grossen körperlichen Belastungen beinhaltet. Die Tätigkeit soll in einem temperierten Raum stattfinden und beschränkt auf leichtgradig wechselbelastende, körperliche Arbeiten sein, wobei auf die Rückenergonomie zu achten ist (Urk. 15/84/20).

Die Frage nach der invalidisierenden Wirkung der vorliegenden depressiven Störung wird nicht anhand der Försterkriterien oder n euerdings der Indikatoren (BGE 141 V 281) beantwortet, da- wie die Beschwerdeführerin richtig erkennt (Urk. 5 S. 3) – kein pathogenetisch unklares Leiden vorliegt. Vielmehr fallen g emäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung depressive

Störungen, wie solche leicht - bis mittelgradiger depressiver Natur, seien sie im Auftreten rezidi vierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeu tisch gut angehbar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Thera pie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmög lichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; 137 V 64 E. 5.2 S. 70 mit Hinweis; Urteil e

9C_89/2016 vom 1 2. Mai 2016, 9C_1 3/2016 vom 14. April 2016). Daran hat das Bundesgericht auch nach der geänderten Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen festgehalten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299; Urteil 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit diversen Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.3 und 3.4). 5 .7

Die Beschwerdeführerin leidet schon seit vielen Jahren an depressiven Störun gen, die behandelt wurden. Bereits in der Klinik G.____ wurde im Abschlussbericht vom 17. Januar 2003 zur Behandlung der depressiven Kom ponente das Medikament Fluctine verschrieben und in der Tagesdosis erhöht (Urk. 15/7/22). Später wurde n a ndere Antidepressiva (Remeron , Citalopram , Deanxit) verschrieben

(Urk. 15/12 , 15/74 , 15/84/3), wobei die Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. B.____

täglich

E. 5.8

Aufgrund der Darlegung von Dr. B.____ muss davon ausgegangen werden, dass die Versicherte noch nicht austerapiert ist. Dr. B.____ empfahl den Ausbau der medikamentösen a ntidepressiven Therapie (Erhöhung von Citalopram gegebenenfalls Kombination mit einem weiteren Antidepressivum, gegebenen falls Erhöhung mit einem stimmungsstabilisierenden Medikament) und die Fortsetzung der psychotherapeutischen Therapie (Urk. 15/84/60). Dass die Versi cherte auch psychotherapeutisch noch nicht austerapiert ist, trotz der langen Begleitung durch Dr. D.____ , ist angesichts des doch lockere n Terminplans der Gesprächstherapie und einzig beim Hausarzt , naheliegend . Es ist zwar richtig, dass bei der Versicherten ein Status nach erosiver Gastritis und axialer Hiatushernie vorliegt . Sie wurde sodann vom 13. bis 14. August 2012 im K.____ wegen einer akuten Enteritis behandelt. Aus diesem wurde die Versicherte in gebessertem Zustand , und ohne dass die Ärzte eine Empfehlung hinsichtlich der von der Versicherten eingenommenen Medikamente gegeben hätten, in gebessertem Zustand entlassen (Urk.

15/84/79). Dass die Versicherte somit ab und zu mit Magenbeschwerden kämpft, wobei die Ärzte im Spital explizit nicht von einer chronischen entzündlichen Erkrankung ausgehen, schliesst überhaupt nicht aus, dass medikamentös keine weiteren oder andere Optionen gegeben wären und dass die Versicherte deshalb als austherapiert anzusehen wäre (Urk. 1 S. 7, 1 S. 16).

Mit der Beschwerdegegnerin und aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann vorliegend mangels einer nach überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesenen behandlungsresistenten mittelgradigen Depression nicht von einer invalidisierenden Gesundheitsstörung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG ausgegangen werden. Eine Invalidität ist im gegenwärtigen Zeitpunkt damit nicht ausgewiesen; die Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) von Fr. 800.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hin zu weisen.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin ist unter Berücksichtigung der eingereichten Honorarnote (Urk. 21) mit Fr. 1'782.75 aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 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 die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin Pia Dennler, Winterthur, wird mit Fr. 1'782.75 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse entschädigt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Pia Dennler-Hager - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

E. 9

Auflage) enthält die Diagnose der dissoziativen Störung (auch Konversionsstörung) den teilweise oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Es werde bei der Diagnose einer dissoziativen Störung angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle gestört ist. Es werde als sehr schwierig erachtet festzustellen, ob und in welchem Umfang der Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden kann (S. 212). Vorliegend legte Dr. B.____ dar, dass er aufgrund der massiven Selbstlimitierung der Versicherten, die auch andere Ärzte bei Untersuchungen festgestellt hatten (Urk. 15/7/29, 15/84/9) und die dazu führte, dass die Versicherte von sich aus aktiv Bewegungen vor allem mit dem linken Arm nicht ausführt, die passiv jedoch möglich waren und die sie teilweise unaufgefordert ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin von einer grösseren Bewusstseinsnähe ihres Verhaltens ausgehe als dies bei einem dissoziativen Geschehen der Fall wäre. Mittlerweile bestehe eine Dekonditionierung als unausweichliche Folge des Schonverhaltens. Eine eigentliche Aggravation verneinend, bejahte aber eine Verdeutlichungstendenz der Versicherten

(Urk. 15/84/54+55). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und leuchtet ein. Wie sich aus der ICD-10 selber ergibt, ist die Frage,

ob und wie sehr das Bewusstsein bei einem Verhalten eine Rolle spielt, schwierig zu entscheiden. Sie wurde im vorliegenden Fall vom Facharzt im Rahmen seines Ermessens mit überzeugender Begründung bejaht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_945/2009 vom 23. September 2010 E. 6.1), weshalb nicht von einer dissoziativen Störung auszugehen ist. Von einer dissoziativen Störung im Sinne der ICD-10 ging im Übrigen auch der andere Facharzt der Psychiatrie, Dr. A.____, im Bericht vom 15. November 2014 nicht aus (Urk. 3/12). Entgegen der von der Beschwerdeführerin unter Beilage zahlreicher medizinischer Literatur ihrerseits gestellten Diagnose einer Kinesiophobie (Angst sich zu bewegen; Urk. 1 S. 31 ff., Urk. 3/13 ff.), die sich nach dem Unfall eingestellt haben soll, ist anzumerken, dass eine solche eigenständige Erkrankung im Sinne einer klassifizierten ICD-10 Störung ärztlicherseits nicht diagnostiziert wurde. Einzig Dr. B.____ erwähnte diesen Begriff im Zusammenhang mit der Darstellung des prophylaktischen Schonverhaltens der Versicherten, das er als ängstlich getönt bezeichnet, diesem jedoch keine eigentliche Phobie zuordnete sondern eine Bewusstseinsnähe zusprach und dieses damit in den Kontext einer vermeidbaren Selbstlimitierung stellte. Diese Zusammenhänge sind, wie gesagt, einleuchtend; die Frage der korrekten Diagnose ist eine ärztliche Aufgabe und wurde von Dr. B.____ mit der Darstellung der Zusammenhänge überzeugend anders beantwortet.

E. 10

S. 2). Demgegenüber ist der Ansicht von Dr. A.____
im Bericht vom

E. 15

November 2014, worin dieser eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) diagnostizierte, nicht zu folgen. Denn er hatte diese Diagnose ohne objektivierte Erhebung einzig aufgrund einer Untersuchung bei ihm und gestützt auf

das von der Beschwerdeführerin Vorgebrachte gestellt, weshalb sie weniger Überzeugungskraft hat als das Gutachten von Dr. B.____ .

E. 20

mg Citalopram (bei maximal möglicher Dosis von 40 mg) und 1 Dragée Deanxit (bei maximaler Dosis von 4 Dragées) einnahm .

Sie befindet sich seit Dezember 2002 (Urk. 15/31/2) in Behandlung beim I.____
sprechenden

Dr. D.____ , der allerdings kein Facharzt der Psychiatrie

sondern Allgemeinmediziner ist, der daneben – wie er darlegte (Urk. 15/54) – eine psychosomatische Ausbildung hat . Nach seiner eigenen Darstellung im Bericht vom 7. Mai 2005 richteten sich seine gesprächs therapeutischen Bemühungen auf die Begleitung und Führung der Versicherten im Alltag, die Schmerzverarbeitung und medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (Urk. 15/31/3). In den Bericht en vom 8. Juni 2007 und 20. Juni 2009 erwähnte der Arzt , die von ihm betriebene Begleitung der Vers icherten habe zur Stabilisierung der psychosozialen Verhältnisse und der chronischen Schmerzproblematik geführt , so dass keine weiteren Abklärun gen oder Hospitalisationen notwendig geworden seien (Urk. 15/47/11 , 15/53/10). Gegenüber dem Gutachter Dr. B.____ berichtete die Versicherte, dass sie ungefähr alle sechs Wochen oder einmal im Monat eine Gesprächstherapie bei Dr. D.____ wahrnehme (Urk. 15/84/41).

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