

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00332 vom 21. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00332

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00332 du 21 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00332 del 21 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

/1). In der Folge tätigte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und liess die Versicherte beim Z. ___ durch Dr. med. A. ___, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, sowie Dr. med. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bidisziplinär begutachten (Gutachten vom 28. März 2009 [Urk. 11 /22] sowie Ergänzung zum Gutachten vom 30. Dezember 2010 [Urk. 11 /51]). Mit Verfügung vom 5. Juli 2011 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine vom 1. Dezember 2008 bis 31. März 2009 befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 11/69). Die gegen die Befristung der ganzen Rente erhobene Beschwerde der Versicherten wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 29. November 2012 abgewiesen (Urk. 11/74). Auf eine dagegen gerichtete Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 8. Februar 2013 nicht ein (Urk. 11/79).

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

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 Berichte 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 Gutachtens 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.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. März 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was der Beschwerdeführerin am 8. Mai 2015 angezeigt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle im Wesentlichen, gemäss den medizinischen Abklärungen habe keine gesundheitliche Beeinträchtigung festgestellt werden können, die eine Arbeitsunfähigkeit auslöse. Der Gesundheitszustand habe sich seit Dezember 2010 nicht verändert (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen im Wesentlichen vor, auf das Gutachten von Dr. C.____ könne nicht abgestellt werden, da keine umfassende Untersuchung und keine rechtsgenügende Abklärung des Sachverhalts vorgenommen worden sei. Sie habe in der Psychiatrischen Klinik D.____

(richtig: E.____; vgl. deren Berichte vom 5. September 2013 [Urk. 11/84] und vom 22. November 2013 [Urk. 11/87]) einen Suizidversuch unternommen. Ausserdem benötige sie seit dem 18. Oktober 2013 bis auf weiteres die Spitexhilfe. Dr. med. F.____ lege in seinem Bericht vom 14. August 2014 dar, weshalb das Gutachten von Dr. C.____ nicht verwertbar sei (Urk. 1).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 4. Juli 2013 (Urk. 11/81) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sie eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der - vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 29. November 2012 (Urk. 11/74) bestätigten - Verfügung vom 5. Juli 2011 (Urk. 11/69) und derjenigen vom 16. Februar 2015 (Urk. 2) zu Recht verneint hat. 3.

E. 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 Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 Veränderung 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 beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Das hiesige Gericht sprach dem Gutachten des Z.____ vom 28. März 2009 (Urk. 11/22) sowie auch dem Teilgutachten von Dr. B.____ (Urk. 11/51) im Urteil vom 29. November 2012 volle Beweiskraft zu. Im Gutachten des Z.____ vom 28. März 2009 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fanden sich (1) ein chronisches lumbospondylogenes, linksbetontes Schmerzsyndrom mit/bei Ausweitungstendenz, Fehlhaltung, myostatischer Insuffizienz, initialen Osteochondrosen LWK 4/5 und LWK5/SKW1 und rechts lateraler Spondylose LKW5/SKW1 bei ansonsten alters entsprechend regelrechter Darstellung der LWS, (2) ein chronisches cervikocervikales und linksbetontes cervikobrachiales Schmerzsyndrom mit/bei Fehlhaltung, myostatischer Insuffizienz, Chondrosen HWK5/6 und HWK 6/7, multisegmentalen und Costotransversalgelenks-Funktionsstörungen, (3)

ein Knicksenk spreizfuss beidseits mit dis kreter Fasciitis

plantaris im Ursprungsbereich des M. abductor

hallucis links und Fersensporn links (Urk. 11/22/22-23) sowie (4) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (Urk. 11/22/55). Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet kein Gesundheitsschaden, der versicherungsme dizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausge übte Tätigkeit als KassiererIn und MitarbeiterIn in der Obst- und Gemüseabtei lung von Y.____ begründen könnte. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin auch in allen allfälligen Verweisungstätigkei ten gemäss ihrem allgemeinen Leistungsspektrum uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 11/22/24-25). Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe auch auf psy chiatrischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die soma toforme Schmerzstörung wirke sich in der Regel ohne psychiatrische Komorbi dität nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dies bedeute, dass eine Willensanstren gung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit zumutbar wäre (Urk. 11/22/55). Im Bericht vom 30. Dezember 2010 (Urk. 11/51) bestätigte Dr. B.____ die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Als Differenzialdiagnose führte er eine Anpassungsstörung mit anhaltender depres siver Reaktion (ICD-10 F43.21) auf (Urk. 11/51/8). Gesamthaft betrachtet könne eine gewisse Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes festge stellt werden, aufgrund versicherungsmedizinisch irrelevanter Aspekte lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit auf psychiatrischem Fachgebiet jedoch nach wie vor nicht begründen (Urk. 11/51/10).

E. 3.2

Dr. C.____ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 31. März 2014 die folgenden Diagnosen (Urk. 11/99/20): - c hronische dysthyme , fraglich depressive Verstimmung unklaren Schwere grades (aktuell fraglich leicht depressiv) (ICD-10 F32.01) - Differentialdiagnose: chronische Dysthymie (ICD-10 F34.1) mit - d eutlich appellativer und demonstrativer Symptompräsentation mit Ver deutlichungstendenz , extrem passivem Coping (Bewältigungsverhalten) sowie ausgeprägtem selbstlimitierendem Schon- und Vermeidungsver halten (ICD-10 F68.0) - Differ e ntialdiagnose: Verdacht auf Rentenbegehrlichkeit (ICD-10 Z76.5) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) Dr. C.____

erhob den folgenden Befund: Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine klein gewachsene, adipöse Person in leicht schmutzige r Klei dung, mit ausgebeulter, schon lange getragener, grauer Turnhose und schwar zem T-Shirt, mit ungewaschenen, fettig-strähnigen Haaren und sehr blasser Hau t (sichtlich ohne jegliche Sonnenbräunung). Sie stehe sehr vorsichtig vom Wartezimmerstuhl auf und bewege sich kleinschrittig, in nach vorn und zur Seite gebeugter Haltung, wirke ganz unsicher und stütze sich immer wieder an den Wänden ab und halte sich im Lift fest. Ebenso vorsichtig setze sie sich auf den Untersuchungsstuhl und verharre dann dort aber während der 1 ½-stündi gen Untersuchung relativ reglos und ohne Schmerzreaktionen oder Schmerz entlastungsbewegungen . Gegen Ende der Sitzung müsse sie auf die Toilette und klage über Kopfschmerzen und nehme eine Schmerztablette ein (Urk. 11/99/18) . Der Gutachter schilderte sodann, das gesamte Verhalten der Beschwerdeführerin wirke sehr appel l ativ und demonstrativ. Ebenso sei das ganze Kontaktverhalten ausgesprochen klagsam und alle Beschwerdeschilderungen hätten

einen deutlich appellativen Charakter und wirkten dramatisierend. Zum Teil seien sie auch widersprüchlich und blieben selbst bei genauerem Nachfragen unklar und gegensätzlich (betreffs Stärke der Depressionen, der Schmerzen, der Aktivitäten etc., in vielerlei Hinsicht). Zum Teil werde auch Unwahres geschildert. Zum Beispiel soll der angeblich suizidale Sprung aus dem Fenster der Psychiatrischen Klinik aus dem 2. oder 3. Stock erfolgt sein; objektiv sei es ein Sprung aus dem Parterre gewesen. Bei genauerem Nachhaken sage sie hier, wie auch sonst immer wieder, dass sie es nicht mehr genau wisse oder genau sagen könne, sie sei vergesslich. Dementsprechend sei die Beschwerdeführerin auch im affektiven Rapport nie wirklich fassbar, und es entstehe je länger je mehr der Eindruck, dass sie mit aller Anstrengung ein stark depressives Zustandsbild zeichnen wolle, das aber völlig im Widerspruch zu ihrer ernsten, aber nicht wirklich leidenden vermittelnden Mimik stehe. Ein echter depressiver Leidensdruck werde die ganze Zeit, trotz aller Schilderungen von depressiven Symptomen, nicht wirklich spürbar. Vielmehr falle ein extrem passives

Coping (Bewältigungsverhalten) auf, mit extremem Schon- und Vermeidungsverhalten. Die Beschwerdeführerin verbringe den gesamten Tag vollkommen passiv in ihrer Wohnung, ohne irgendwelche Aktivitäten (sie überlasse den ganzen Haushalt der Tochter, inklusive Einkaufen und Kochen; desgleichen verhalte sich der ebenfalls invalide Ehemann, der eigentlich angelernter Koch sei). Die Stimmung der Beschwerdeführerin imponiere eher als chronische Dysthymie denn als eigentliche Depression. In der Hamilton Depressionsskala mit 21 Items erreiche sie in der Untersuchung 25-27 Punkte, was grenzwertig einer schweren Depression entsprechen würde (ab 26 Punkten), wobei aber auch hier sehr viel Unklarheit darüber bestehe, was nun wirklich einer depressiven Symptomatik zugeordnet werden könne und was der allgemein passiv dysphoren Stimmung und deren somatischen Folgen, den Folgen der Schmerzen und der vielen Medikamente sowie in besonderem Masse den Folgen der völlig passiven Lebensführung, Tagesgestaltung, Inaktivität und den daraus resultierenden Körperfunktionsstörungen. Somit könnten/müssten viele der in der HAMDS erfassten Symptome (welche stark auch von der subjektiven Bewertung eines Patienten abhängen) gestrichen werden. So liege objektiv höchstens eine leichte, chronisch dysphore beziehungsweise dysthyme Stimmung vor, im Sinne einer reaktiven Anpassungsstörung, wie dies ursprünglich auch gemäss den verschiedenen Berichten in den Akten immer wieder diagnostiziert worden sei (Urk. 11/99/18 f.). Der Gutachter führte weiter aus, ebenso unklar blieben die Zuordnung der geschilderten vegetativen Symptome wie Mundtrockenheit, Verdauungsstörung, Verstopfung, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwindel, Schwitzen etc., welche alle auch Teil der unendlichen Menge verschiedener Medikamente sowie der totalen körperlichen Inaktivität sein könnten. Genauso verhalte es sich mit der in der Exploration sichtbaren Verlangsamung, der besorgten Grundhaltung, welche sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äussere, den von der Beschwerdeführerin fast ausschliesslich ausgedrückten Gefühlszuständen in der verbalen und nicht verbalen Kommunikation, dem verminderten Antrieb usw. Alle in der Hamilton Depressionsskala zu eruierten Symptome könnten auch bloss nur Folge des völlig passiven Lebenswandels sein. Während der gesamten Exploration und Befunderhebung würden permanente Zweifel und ein völlig anderes, widersprüchliches Empfinden gegenüber den genannten Symptom schilderungen, wie sie bei Patienten mit einer echten Major Depression zu beobachten und zu spüren seien, herrschen. Ansonsten bestehe ein unauffälliger psychopathologischer Befund bezüglich Bewusstsein und Orientierung. Pathologische Ängste oder Zwänge, Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder gar

eine Psychose bestünden nicht (Urk. 11/99/ 19 f.).

Dr. C.____ hielt in seiner Beurteilung zusammengefasst fest, es bestünden grösste Zweifel am tatsächlichen Ausmass der depressiven Symptomatik. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit liege keine mittelschwere bis gar schwere Depression vor. Es bestünden zu viele Inkonsistenzen, diffuse Unklarheiten und handfeste Widersprüche in den Angaben der Beschwerdeführerin und im appellativ , demonstrativ vorgetragenen Zustandsbild, welches im affektiven Rapport nicht wirklich spürbar werde. Objektiv scheine vielmehr eine nur leichte bis (vielleicht gelegentlich) maximal mittelschwere depressive Symptomatik vorzuliegen, wobei diese affektiv mehr einem chronisch- dysthymen bis dysphorischen Zustandsbild gleiche. Dies würde auch eher zu der in den Vorakten über lange Jahre diagnostizierten depressiven Anpassungsstörung passen, im Sinne einer reaktiven Entwicklung aufgrund der chronischen Schmerzen sowie vor allem aufgrund der chronischen Passivität, Inaktivität und dem sozialen Rückzug. Zudem würde dies auch zu der seit Anbeginn gestellten Diagnose der anhaltenden, somatoformen Schmerzstörung passen beziehungsweise hier subsumiert werden können. Erst in den letzten Berichten von Dr. F.____ vom 20. Oktober 2013 sowie im Austrittsbericht der E.____ vom 22. November 2013 sei plötzlich nicht mehr von einer Anpassungsstörung, sondern von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) , die Rede . Diese Diagnose könne hier gutachterlich nicht nachvollzogen werden. Die angebliche Verschlechterung des Zustandes beruhe lediglich auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin betreffs ihrer Symptomatik (Urk. 11/99/20 f.). Sodann hielt Dr. C.____ dafür, dass der angebliche Suizidversuch äusserst fragwürdig sei. Die Beschwerdeführerin habe sich zu den Hintergründen und zum Hergang des Sturzes aus dem Parterrefenster nicht geäussert, unter dem Vorhalt, sie möge sich an nichts erinnern. Tatsache sei, dass sie sich lediglich eine minimale Verletzung am Kopf zugezogen habe (keine blutende Stelle, die nicht einmal habe genäht werden müssen). Ansonsten seien weder Prellungen noch Frakturen festgestellt worden. Somit dränge sich auch hier der Verdacht auf, dass es sich nicht um eine suizidale Handlung, sondern vielmehr um einen sehr appellativen und demonstrativen Akt handelte, um zu unterstreichen, wie schlecht es ihr gehe (Urk. 11/99/21 f.). Dr. C.____ resümierte, er komme zur gleichen Beurteilung wie die beiden Vor gutachter . Beide hätten ebenfalls festgehalten, dass die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin einen deutlich appellativen Charakter hätten und meist dramatisierend seien, dass eine Tendenz zur Symptomausweitung erkennbar sei und deutliche dysfunktionale Bewältigungsmechanismen mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung vorlägen. Dr. B.____ habe zudem auf IV-fremde Faktoren wie psychosoziale Belastungen (u.a. invalider Ehemann) und chronische Schmerzen hingewiesen (Urk. 11/99/22).

Die Frage, ob sich seit der letzten Begutachtung eine Veränderung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ergeben habe, sei zu verneinen . Vielmehr habe sich das schon damals beschriebene Zustandsbild mit stark appellativem und demonstrativem Verhalten mit extrem passivem Coping und Schon- und Vermeidungsverhalten weiter fixiert und chronifiziert . Es bestehe ein grosser Verdacht auf eine (wenn auch bewusst seinsferne) Rentenbegehrlichkeit (Urk. 11/99/25).

4. 4.1

Das Gutachten vom 31. März 2014 vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.5). So tätigte Dr. C.____ sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und begründete

seine Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Er legte die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründete seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. 4.2

Die Beschwerdeführerin unterlegte ihre Kritik am Gutachten mit einer im Einwand- und im Beschwerdeverfahren zuhanden ihres Vertreters angefertigten Stellungnahme von Dr. med. univ. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. August 2014

(Urk. 3/2 = Urk. 11/104/6

ff.). Dieser diagnostizierte darin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % am ersten Arbeitsmarkt (Urk. 3/2 S. 1). In der Folge kritisierte er das Gutachten von Dr. C.____ (Urk. 3/2 S. 2 ff.). Diese Kritik vermag jedoch nicht zu überzeugen, was nachfolgend zu zeigen ist.

4.2.1

Es trifft insbesondere nicht zu, dass Dr. C.____ keine objektive Befunderhebung vorgenommen hat. Er konnte aufgrund von etlichen Inkonsistenzen, diffusen Unklarheiten und handfesten Widersprüchen in den Angaben der Beschwerdeführerin sowie des appellativ, demonstrativ vorgetragenen Zustandsbildes, welches im affektiven Rapport nicht wirklich spürbar geworden sei (Urk. 11/99/20 f.), aber schlichtweg nicht auf die mittels Depressionsfragebogen erhobenen Skalenwerte abstellen.

Dies erscheint angesichts der eindrücklichen Schilderungen von Dr.

C.____ nachvollziehbar. 4.2.2

Sodann vermag der Umstand, dass Dr. C.____ keine fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt hat (beispielsweise bei der Bezugsperson in der sozialpsychiatrischen Tagesstätte), den Beweiswert seines Gutachtens nicht zu schmälern. Grundsätzlich steht es in seinem Ermessen, ob er eine Fremdanamnese als notwendig erachtet oder nicht.

Jedenfalls setzte sich Dr. C.____

hinreichend mit den Vorakten sowie den aktuellen Berichten der behandelnden Ärzte auseinander. 4.2.3

In Bezug auf die Beurteilung von Dr. F.____ ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). So attestierte Dr. F.____ der Beschwerdeführerin bereits in früheren Berichten eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/29/8 und Urk. 11/47/3), worauf das hiesige Gericht im Urteil vom 29. November 2012 nicht abstellen konnte. Es erwog im Besonderen, in

psychiatrischer Hinsicht sei streitig und zu prüfen, ob die neu von Dr. F.____ gestellten Diagnosen einer depressiven Störung, gegenwärtig mit telgradig, sowie eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren vorlägen, oder ob gemäss Dr. B.____ lediglich eine die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkende anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden könne.

Die von Dr. F.____ im Bericht vom 27. Juli 2010 erhobenen Befunde würden sich nicht wesentlich von denjenigen in den Berichten vom 23. Juli 2008 und 2. November 2009 unterscheiden. Bereits am 23. Juli 2008 habe Dr. F.____ notiert, Konzentration und Aufmerksamkeit seien leicht reduziert, das formale Denken sei kohärent, leicht verlangsamt. Die Stimmungslage sei depressiv. Die Beschwerdeführerin leide an Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitminderung mit Gewichtsverlust, Antriebsarmut. Der Antrieb sei reduziert. Am 2. November 2009 habe er zusätzlich Gedankenkreisen, psychomotorische Unruhe und sozialen Rückzug beschrieben. Diese zusätzlichen Befunde hätten jedoch noch nicht zu einer Diagnoseänderung geführt. Weshalb nun ab dem 1. Juni 2010 bei im Wesentlichen unveränderten Befunden eine eigenständige depressive Erkrankung hinzugetreten sein soll, habe Dr. F.____ nicht schlüssig begründet. Neu habe er eine Angstsymptomatik in Form ängstlich vermeidender Persönlichkeitszüge beschrieben, ohne jedoch eine entsprechende Diagnose zu stellen. Auch der von Dr. F.____ festgehaltene soziale Rückzug bleibe unbegründet. Nicht ersichtlich sei nämlich, ob die Beschwerdeführerin bereits vor dem Auftreten ihrer somatischen Beschwerden zurückgezogen, lediglich im Kreise ihrer Familie gelebt habe oder nicht. Damit sei bei den von Dr. F.____ erwähnten Befunden zumindest teilweise davon auszugehen, dass sie auf den subjektiv geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin beruhten und es sich daher nicht um objektive Befunde handle

(Urk. 11/74 S. 14 f.) .

Angesichts dieser Feststellungen vermag der Vorwurf von Dr. F.____, bei der Einschätzung des Gutachters handle es sich lediglich um eine subjektive Interpretation, nicht zu überzeugen. 4.2.4

Vielmehr legte Dr. C.____ in schlüssiger Weise dar, dass die in den letzten Berichten von Dr. F.____ vom 20. Oktober 2013 sowie im Austrittsbericht der E.____ vom 22. November 2013 gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), nicht nachvollzogen werden könne. Die angebliche Verschlechterung des Zustandes beruhe lediglich auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin betreffs ihrer Symptomatik (Urk. 11/99/21). 4.3

4.3.1

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass das hiesige Gericht im Urteil vom 29. November 2012 in Beachtung der bisherigen Rechtsprechung von der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung (nach den Förster-Kriterien) ausging (Urk. 11/74 S. 16).

Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall

anhand verschiedener Kriterien

(BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Das Gericht hielt im Besonderen fest, die Einschätzung von Dr. B.____ sei nachvollziehbar. Dieser habe unter Einbezug der Förster-Kriterien nach wie vor keine gravierende psychiatrische Komorbidität feststellen können. Von einer eigenständigen depressiven Störung sei neben der angeführten Diagnose nicht auszugehen, vielmehr imponierten neben der Niedergeschlagenheit vor allem IV-fremde Faktoren, wie psychosoziale Belastungen (unter anderem invalider Ehemann) und chronische Schmerzen. Die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin seien insgesamt glaubhaft, hätten jedoch auch einen deutlichen appellativen Charakter und seien teilweise dramatisierend. Eine Tendenz zur (bewusstseins fern) Symptomausweitung und Selbstlimitierung sei vorliegend, von einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten müsse ausgegangen werden (Urk. 11/74 S. 14 f.). Doch selbst wenn man im Übrigen mit Dr. F.____ davon ausgehe, dass bei der Beschwerdeführerin eine depressive Erkrankung vorliege, sei das in diesem Zusammenhang zu berücksichtigende Kriterium der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer nicht erfüllt. Für das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinnes seien den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen. Ein sozialer Rückzug aufgrund der Schmerzkrankung sei fragwürdig und sicherlich nicht in allen Belangen des Lebens ausgewiesen. Ein mehrjähriger, chronifizierter

Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung sowie unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen lägen zwar vor; nach dem Gesagten genüge dies insgesamt jedoch nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen (Urk. 11/74 S. 16). Das Gericht wies sodann explizit darauf hin, dass den medizinischen Akten zahlreiche Anhaltspunkte zu entnehmen seien, wonach sich die Beschwerdeführerin während der Untersuchungen aggravatorisch verhalten habe (Urk. 11/74 S. 17). 4.3.2

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 an - schliessende 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. 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. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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 eingliederungsanasthetisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2) . 4.3.3

Dr. C. ___ ging in seinem Gutachten von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Er begründete dies nicht zuletzt damit, dass bereits bei der letzten Begutachtung beschriebene Zustandsbild mit stark appellativem und demonstrativem Verhalten mit extrem passivem Coping und Schon- und Vermeidungsverhalten

haben sich weiter fixiert und chronifiziert. Es besteht ein grosser Verdacht auf eine (wenn auch bewusstseinsferne) Rentenbegehrlichkeit (Urk. 11/99/25). Die Einschätzung von Dr. C. ___, wonach keine veränderte Situation vorliegt, ist schlüssig, zumal sowohl nach der bisherigen als auch nach der geänderten Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konsolidation beruht (vgl. in BGE 140 V 8 nicht publizierte Erwägung E. 4.4.2, mit Hinweisen, und BGE 141 V 281 E. 4.1, mit Hinweisen).

Auch hat sich nichts daran geändert, dass nicht ersichtlich ist, ob die Beschwerdeführerin bereits vor dem Auftreten ihrer somatischen Beschwerden zurückgezogen, lediglich im Kreise ihrer Familie, gelebt hat oder nicht. 4.4

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 6. 6. 1

Mit ihrer Beschwerde vom 16. März 2015 ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Eingabe vom 1. April 2015 substantiierte sie ihr Gesuch bezüglich Bedürftigkeit und reichte nebst dem Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit diverse Belege ein (Urk. 8 und Urk. 9/1-7). 6. 2

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten erlassen.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten aufgrund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuchstellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; erst wenn alle diese Mittel zur

Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260). 6.3

Die Beschwerdeführerin und ihr Ehegatte verfügen über kein beziehungsweise kein nennenswertes Vermögen und über keine Schulden (Urk. 8 S. 2 und Urk. 9/1). 6.4

Der für die Berechnung der prozessualen Bedürftigkeit massgebende monatliche Bedarf der Beschwerdeführerin und ihres Ehegatten setzt sich wie folgt zusammen (vgl. das Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betreibungsämter betreffend Richtlinien für die Berechnung des betreibungsrechtlichen Existenzminimums vom 16. September 2009): Grundbetrag für ein Ehepaar Fr. 1'700.--, Wohnungsmiete (inkl. Nebenkosten) Fr. 1'697.-- (Urk. 9/2), obligatorische Krankenversicherung KVG Fr. 826.60 (2 x Fr. 413.30 [Urk. 9/5-6]), AHV-Beiträge für Nichterwerbstätige Fr. 84.-- (ohne B eleg; vgl. Urk. 8 S. 5). Insgesamt ergeben sich notwendige monatliche Auslagen in Höhe von Fr. 4'307.60. Die monatliche Prämie für Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung nach VVG von Fr. 124.40

(2 x Fr. 62.20 [Urk. 9/5-6]) ist aus dem Freibetrag, welcher vorliegend bei einem Ehepaar Fr. 500.-- beträgt, zu bestreiten. Die geltend gemachten Telefonkosten von Fr. 100.-- monatlich (Urk. 8 S. 5) gelten als im Grundbetrag enthalten. Die zusätzlich zu den Akontozahlungen anfallenden Heizkosten von Fr. 100.-- monatlich (Urk. 8 S. 5) sowie Auslagen für Arztkosten von ebenfalls Fr. 100.-- monatlich (Urk. 8 S. 6) wurden nicht belegt und sind deshalb nicht zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin erzielt kein Einkommen. Ihr Ehegatte erhält von der Pensionskasse monatliche Leistungen von Fr. 1'957.60 und von der Invalidenversicherung monatliche Rentenleistungen von Fr. 1'763.-- (Urk. 9/1 und Urk. 9/7). Zudem erhält er Ergänzungsleistungen von Fr. 1'469.-- monatlich (Urk. 9/1 und Urk. 9/7). Von den Gesamteinkommen von Fr. 5'189.60 verbleiben der Beschwerdeführerin und ihrem Ehegatten nach Abzug der laufenden monatlichen Steuerbetreffnisse von insgesamt Fr. 134.90 (Staats- und Gemeindesteuer Fr. 129.-- [Urk. 9/4], direkte Bundessteuer Fr. 5.90 [Urk. 9/3]) noch Fr. 5'054.70. Nach Abzug der notwendigen Ausgaben von Fr. 4'307.60 und des Freibetrages von Fr. 500.-- stehen der Beschwerdeführerin und ihrem Ehegatten nach den vorstehenden Ausführungen monatlich noch Fr. 247.-- zur Verfügung. Damit ist die Beschwerdeführerin aber in der Lage, die Prozesskosten von Fr. 600.-- ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhalts zu bezahlen beziehungsweise entsprechende Rückstellungen zu bilden. 6.5

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 16. März 2015 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ist daher wegen fehlender Mittellosigkeit abzuweisen. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 16. März 2015 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

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

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