

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00611 vom 2. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00611

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00611 du 2 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00611 del 2 maggio 2017

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). 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. 1.2

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. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, bei der rentenabweisenden Verfügung vom 30. Juli 2009 sei die Beschwerdeführerin als zu 75 % erwerbstätig und zu 25 % im Haushalt tätig eingestuft worden mit Einschränkungen von 38 % im Erwerbs- und 21 % im Haushaltbereich, was zu einem Invaliditätsgrad von 33 % geführt habe.

Gemäss den (aktuellen) Abklärungen sei eine 25%ige Erwerbseinschränkung ausgewiesen. Somit könne die Beschwerdeführerin weiterhin zu 75 % in ihrer bisherigen Tätigkeit arbeiten. Auf eine Abklärung im Haushalt sei aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen verzichtet worden, da davon ausgegangen werden könne, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Abklärung verbessert habe und da eine Einschränkung im Haushalt ohnehin keinen Einfluss auf den Rentenanspruch habe. Es resultiere eine Einschränkung von 0 %. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, die in der Verfügung getroffene Annahme decke sich nicht mit den Feststellungen der Ärzte in den medizinischen Gutachten. Es sei eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden (Urk. 1 S. 4). Weiter leide sie an einer chronischen Schmerzstörung, basierend auf dem Boden diverser objektivierbarer Krankheiten (S. 5). Sie wäre auf dem Arbeitsmarkt aufgrund ihrer multiplen physischen und psychischen Einschränkungen beziehungsweise der daraus resultierenden Verminderung der Leistungsfähigkeit sowie aufgrund ihres Alters (56 Jahre), ihrer ausländischen Herkunft, ihrer schlechten Deutschkenntnisse etc. nicht in der Lage, ein einer gesunden Arbeitskraft gleichwertiges Einkommen zu erzielen. Insofern sei ein Leidensabzug von 25 % angezeigt (S. 6). Das C.____-Gutachten werde seitens anderer Mediziner als oberflächlich und fehlerhaft beurteilt. Auf eine Befundaufnahme sei fast gänzlich verzichtet worden, so dass eine Diagnosestellung nicht möglich sei (S. 7). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich der Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, seit der rentenverneinenden Verfügung vom 30. Juli 2009 (Urk. 8/94)

bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. April 2015 (Urk. 2) dergestalt verändert haben, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zusteht. 3.

Das Bundesgericht bestätigte mit Urteil 8C_418/2011 vom 27. Juli 2011 (Urk. 8/103) den Entscheid des hiesigen Gerichts vom 25. März 2011 (Prozess-Nr. IV.2009.00754, Urk. 8/102), welche die mit Verfügung vom 30. Juli 2009 (Urk. 8/94) erfolgte Abweisung des Rentenbegehrens geschützt hatte.

Dabei stützte sich das Gericht namentlich auf das

Gutachten des Dr. A.____ vom 28. November 2008 (Urk. 8/73). Dieser kam zum Schluss, dass aufgrund des Fehlens eines organischen Hintergrunds, welcher das persistierende Be

schwerdebild vor allem im Bereich der linken Körperhälfte hätte erklären können, eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vorliege. Aufgepfropft auf diese Störung sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin. Für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei vor allem die depressive Störung verantwortlich.

Das Gericht ging - bei der Arbeitsfähigkeit quantitativ nicht weiter beeinträchtigenden organischen Beschwerden (unter anderem lumboradikuläres Ausfallsyndrom, leichte Gonarthrose, Urk. 8/79/2) -

von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus und errechnete einen Gesamtinvaliditätsgrad von 35 % (Einschränkung im mit 75 % gewichteten Erwerbsbereich von 39 % und im mit 25 % gewichteten Haushaltbereich von 21 %). 4. 4.1

Im von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten Bericht des Medizinischen Zentrums B. ___ vom 26. April 2013 (Urk. 8/107) stellten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen (S. 1): 1. Hypertensive Herzkrankheit (Uniklinik E. ___ 16. Dezember 2011) 2. Lumboradikuläres, sensibles Ausfallsyndrom L5 (S1) links (F. ___

29. November 2007) - Segmentdegeneration L5/S1 mit schwerer Stenose am Abgang des Recessus der S1-Wurzel bilateral und leichter Kompression der S1-Wurzel linksbetont. Foramenstenosen L5/S1 bilateral linksbetont. Leichte Retrolisthese L5/S1 bilateral linksbetont. Leichte Retrolisthese L5/S1 (4mm). Mässige Discusdegeneration L4/5, mässige Spondylarthrose L4/5, leichte Foramenstenose L4/5 (MRI Lendenwirbelsäule 1 2. Dezember 2012 Uniklinik E. ___) 3. Trikompartimentäre leichte Gonarthrose links (F. ___ 29. November 2007) mit bei - Fortgeschrittenem Stadium (G. ___ 22. Dezember 2008) 4. Cervicocephales Syndrom mit / bei - Mässiger

Spondylarthrose C4-Th1, beginnender

Uncovertebralarthrose C4/5, mässiggradiger

Uncovertebralarthrose C5/6 (31. Januar 2013 Rx Halswirbelsäule, Zentrum med. Radiologie 31. Januar 2013) 5. Schmerzen beide Schultern mit / bei - Omarthrose rechts und AC-Gelenksarthrose links (Spital H. ___

6. Oktober 2008) 6. Status nach Morton-Neurom-Exzision Fuss interdigital Dig. II und III links (F. ___ 29. November 2007) mit / bei - Retrolisthese sowie Spondylarthrose L5/S1 (CT Januar 2009; Spital H. ___ 15. April 2011) - Kontraktive Hammerzehen Dig. II und III mit MTP-Instabilitäten - Oligosymptomatische m

Hallux

valgus - Senk-/Spreizfüsse - Fasciitis

plantaris mit plantarem Fersensporn - Verdacht auf beginnende Arthrose tarsometatarsal II und III (G. ___ 22. Dezember 2008) 7. Status nach HE 1995 und Adnexresektion rechts (F. ___ 29. November 2007)

E. 3

Am 11. Februar 2013 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine schwere Depression und morbid Adipositas (BMI = 42) erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Rente) an (Urk. 8/108), unter Beilage eines Arztberichts vom 26. April

2014 des Medizinischen Zentrums B.____ (Urk. 8/107). In der Folge tätigte die IV-Stelle medizinische Abklärungen und holte ein polydisziplinäres Gutachten beim C.____ ein (Expertise vom 2. September 2014, Urk. 8/135).

Nach ergangenem

Vorbescheid vom 20. Oktober 2014 (Urk. 8/144) reichte die Versicherte mit Einwand vom 12. November 2014

weitere Arztberichte

ein (Urk. 8/146). Am 30. März 2015 nahmen die C.____-Gutachter auf Anfrage der IV-Stelle (Urk. 8/149) Stellung zu den im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztberichten (Urk. 8/152). Mit Verfügung vom 29. April 2015 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch bei einem (erneut nach der gemischten Methode errechneten) Invaliditätsgrad von 0 %.

Dagegen erhob die Versicherte am 3. Juni 2015 (Urk. 1) unter Auflage eines Berichts des Medizinischen Zentrums D.____ vom 27. April 2015 (Urk. 3) Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen vom Gericht durchzuführen, subeventualiter sie die Sache zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung sowie unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den unterzeichneten Rechtsanwalt Zollinger

(S. 2). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 10. September 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu ergänzen bleibt, dass die C.____-Ärzte mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie dissoziativen Anteilen eine solche aus dem psychosomatischen Formenkreis stellten

(E. 4.3.1). Aus dem Text der Expertise erhellt nicht vollständig, ob eine weitergehende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (als 25 %) verneint wurde (E. 4.3.3), weil das Schmerzgeschehen nicht von einer erheblichen Intensität ist, oder weil die Experten die Foerster-Kriterien nicht als erfüllt ansahen (Urk. 8/135 S. 54 f.).

Soweit die Ärzte weitergehende Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus letzteren Überlegungen verneint haben, beschlägt die Thematik eine Rechtsfrage, welche nicht von Ärzten, sondern von der Verwaltung respektive den Gerichten zu beurteilen ist.

E. 6.2

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 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 Beweislasterentenansprechenden 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.

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 beweisschwer belastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 6.3

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ergibt sich, dass die diagnosenrelevanten Befunde nicht als besonders ausgeprägt erscheinen. Wohl leidet die Beschwerdeführerin an zahlreichen Pathologien, die klinischen Befunde reduzieren sich indes im Wesentlichen auf die Schmerzsymptomatik, welche nur teilweise erklärbar ist, und die psychische Einschränkung, welche sich – bei weitgehend erhaltenen Funktionen – hauptsächlich durch eine zum depressiven Pol verlagerte Stimmung auszeichnet. Die Behandlung der organischen Pathologien verlief grundsätzlich erfolgreich, in psychiatrischer Hinsicht ist ein wechselhafter Verlauf zu erkennen. Einzig in Bezug auf die Schmerzproblematik ergab sich im Verlauf keine Besserung, wobei die Beschwerdeführerin aber seit der letztmaligen Rentenablehnung am 30. Juni 2009 keine fachspezifische (stationäre) Schmerztherapie absolvierte. Die Komorbidität besteht

vorwiegend in einem Linksseiten-Körperschmerz, welcher zwar durch verschiedene organische Pathologien verursacht wird, diese sind indes nicht ausgeprägter Natur. In psychiatrischer Hinsicht besteht mit einer

leichtgradigen rezidivierenden

depressiven Störung ebenfalls keine massgebliche, invalidisierende Erkrankung.

Was den Komplex „Persönlichkeit“ betrifft, scheint die Beschwerdeführerin in

wohl über eingeschränkte persönliche Ressourcen zu verfügen, was ein Angehen der Krankheitsfolgen erschweren

könnten. Indessen kann sie Regeln und Routinen einhalten und erweist sich als flexibel und umstellfähig (Urk. 8/135/54). Damit sind gewisse Ressourcen erkennbar. Der soziale Kontext erweist sich als grundsätzlich unterstützend. Die Beschwerdeführerin lebt in einer -

nicht ganz unauffälligen - Wohngemeinschaft mit dem Ex-Mann und dessen neuen Frau. Hierbei wird sie indes von beiden unterstützt, nach Meinung des psychiatrischen Gutachters sogar zu viel („Überbetreuung durch die Verwandtschaft“, Urk. 8/135/54). So trinkt sie nach dem Aufstehen Tee mit dem Ex-Mann, geht mit dessen neuen Frau spazieren und schaut abends mit ihnen fern. Weiter hat sie Kontakt zu ihren Brüdern sowie de n i n K.____ lebenden Schwerstern (Urk. 8/135/45-46).

Zur Kategorie „ Konsistenz “ ist festzuhalten, dass eine gewisse Einschränkung des Aktivitätenniveaus im Alltag zu beobachten ist, namentlich durch nach mittägliche s Schlafen (Urk. 8/154/45). Daneben zeigt die Beschwerdeführerin aber ein praktisch uneingeschränktes Freizeitverhalten mit Spaziergängen, Besuchen und Ferien in ihrem Heimatland. Der b ehandlungs - und eingliede rungsanamnestisch ausgewiesene Lei dens druck

erscheint nach der letztmaligen Abweisung des Leistungsbegehrens am 30. Juli 2009 nicht ausserordentlich hoch gewesen zu sein. Die Beschwerdeführerin begab sich verschiedentlich in Behandlung aufgrund ihrer organischen Pathologien, in psy chiatrischer Hinsicht absolvierte sie aber keine stationäre Therapie mehr (Urk. 8/135/15-19) und suchte ihren behandelnden Psychiater lediglich ein mal pro Monat auf (Urk. 8/113/1-3).

E. 6.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die einschlägigen Indikatoren

nicht in ausgesprochener Weise gegeben sind und sich die Abklärung einer

weitergehenden Arbeitsunfähigkeit aus psychosomatischen Gründen damit erübrigt. 7. 7.1

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 75 % im Erwerb und zu 25 % im Haushalt tätig (Urk. 2), welche Qualifikation die se implizit anerkannte (Urk. 1 S. 6 f.). Angesichts des bescheidenen Einkommensbedarfs (laufende Unterhaltszahlungen durch den Ex-Mann von Fr. 900.-- [Urk. 11 S. 3 Ziff. 7] und geringer Mietzinsanteil [Fr. 492.--, Urk. 11 S. 5 Ziff. 5]) erscheint diese Annahme als plausibel. 7.2

Im Erwerbsbereich tätigte die Beschwerdegegnerin einen Prozentvergleich, indem sie sowohl für die Bemessung des Validen- wie auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte des Bundesamtes für Statistik abstellte. Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht bemängelt und ist angesichts d es Umstandes nicht zu beanstanden , dass sie längere Zeit nicht mehr er werbstätig war und vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit Einkommen in der Grössenordnung des Tabellen l ohnes erzielte (Valideneinkommen 2008 Fr. 37'864.-- für ein 75 % -Pensum, Urk. 8/102/9), effektiv lediglich im Um fang von etwa 50 % tätig war und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass sie - bei intakter Gesundheit - noch bei diesem Arbeitge ber in einem um 25 % erhöhten Pensum tätig wäre.

Der Invaliditätsgrad entspricht demgemäss dem Abzug vom Tabellenlohn. Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen solchen, die Beschwerdeführerin forderte den maximalen von 25 % (Urk. 1 S. 6). Abgesehen vom Umstand, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf und ein Abweichen grundsätzlich nur bei Unangemessenheit möglich ist (BGE 137 V 71 E. 5.1), ergäbe eine Einschränkung von 25 % im mit 75 % gewichteten Erwerbsanteil einen Teilinvaliditätsgrad von 18.75 % . Damit

müsste die Beschwerdeführerin im mit 25 % gewichteten Haushaltbereich im Umfang von 85 % eingeschränkt sein, um die rentenbegründende Schwelle von 40 % zu erreichen.

Dies ist - bei letztmaliger Einschränkung von 21 % (Urk. 8/102/10 und Urk. 8/78/6) - und gleichzeitiger Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich von 50 % auf 75 % ausgeschlossen. Eine Haushaltabklärung erübrigt sich damit. 7.3

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 8.

E. 8

Diabetes mellitus Typ II (Uniklinik E.____ 16. Dezember 2011)

E. 8.1

Da

die

Voraussetzungen erfüllt sind (§ 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer), ist der Beschwerdeführer in

antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und

Rechtsanwalt Bernhard Zollinger als unentgeltlichen Rechtsvertreter zu bestellen. 8.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Diese sind

ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer in aufzuerlegen, in Folge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Im Weiteren ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter Bernhard Zollinger nach Einblick in die Honorarnote vom 1

E. 9

Status nach Suizidversuchen 2005 (X80)

E. 10

Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10, F32.2)

E. 11

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

E. 12

Adipositas permagna (E66.0, BMI=42)

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, hielt aus psychosomatischer Sicht fest, die Beschwerdeführerin sei in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, sachlich, passiv im Spontanverhalten, die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv unkontrolliert und sie lege immer wieder den Kopf auf den Tisch. Im Gesprächsverlauf zeige sie sich verbal wortkarg, meist spreche der Ehemann für sie, schildere ihr Symptomerleben und -verhalten mit den zunehmenden Schmerzen. Die Beschwerdeführerin sei kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit, das Denken sei formal unbeweglich und inhaltlich problemzentriert. Es bestünden keine Anhaltspunkte für

psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch bestanden deutliche Suizidgedanken oder -wünsche, nicht ausgeführte Suizidversuche durch Sprung in die Tiefe, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell bestehe keine akute Suizidalität (S. 5).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte fest, subjektiv sei die Beschwerdeführerin auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der neuropsychologisch bestätigten schweren Depression zu 100 % arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten (S. 6). 4.2

Der behandelnde Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 23. Dezember 2013 (Urk. 8/113/1-3) von einem 2011 eingetretenen Verschlechterungsschub und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit mit 75 % oder darüber hinausgehend. Bei den Diagnosen einer depressiven Episode schweren Grades ohne psychotische Symptome, einer chronischen Schmerzstörung sowie multiplen internistischen Krankheiten schilderte er einen protrahierten Verlauf bei erschwerter Behandelbarkeit. 4.3 4.3.1

Im interdisziplinären medizinischen Gutachten des Zentrums für Medizinische Begutachtung, C.____, vom 2. September 2014 (Urk. 8/135) stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(S. 59) : - Linksseiten-Körperschmerz mit/bei - Status nach operativer Dekompression/Lösung von Adhäsionen in Metatarsal II / III linker Fuss bei Neurom (Morton-Neurom) Januar 2003 - Status nach periradikulärer Infiltration L4/5 links 2003 - diskrete ventrale Spondylose HWK5-6, Spondylarthrosen distale HWS, beginnende Unkarthrosen HWK4/5, weniger auch HWK5/6 - SIG-Arthrose rechtsbetont - ausgeprägte Osteochondrose LWK5/SWK1, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1, Hyperlordose, leichte Skoliose lumbal, breitbasige

Discusprotrusion medio-links-lateral L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel S1 links, Retrolisthesis L5/S1 von 7 mm sowie Osteochondrose Typ Modic II L5/S1, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1, beginnende Osteochondrose L2/3 - Retropatellararthrose links, medial-betonte Gonarthrose links, gemäss Akten auch rechts - degenerative Veränderungen MTP-Gelenke beider Füsse

gemäss Akten - Omarthrose links, AC-Gelenke beider Füsse

gemäss Akten

auch rechts - Rezidivierend depressive Störung gegenwärtig leichtgradig

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 59 f.):
- Hemihyp - bis Anästhesie links (Gesicht, Arm, Rumpf, Bein), funktioneller Genese ohne organisches Korrelat - Chronisches Schmerzmittelübergebrauchs-Kopfweh (MÜKS) seit Jahren - Adipositas permagna (BMI 42.7) - Diabetes mellitus Typ II - Arterielle Hypertonie - ABSHBs Antigen positiv - Status nach totaler abdominaler Hysterektomie und Adnexektomie rechts 2005 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie dissoziativen Anteilen 4.3.2

Die Gutachter stellten bei organisch nicht hinlänglich geklärten Schmerzen sowie klaren psychosozialen Faktoren und emotionalen Konflikten die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ;

infolge Vorhandensein von somatischen Mitursachen stellt es nicht die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Sie verwies sodann auf psychosoziale Faktoren und emotionale Konflikte:

Die Versicherte sei Analphabetin, habe keine Ausbildung absolviert, habe sich nach erfolgter Migration in die Schweiz z.B. sprachlich kaum integrieren können, jahrelang unter ungewollter Kinderlosigkeit gelitten,

infolge Ausbildungslosigkeit und mangelnder sprachlicher Integration keine Stelle gefunden. Sodann habe sie nach der Scheidung weiterhin zusammen mit dem Ex-Ehemann und dessen zweiten, ebenfalls kinderlosen Frau zusammen gelebt.

Da die emotionalen Schwankungen über das üblicherweise bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen gesehene Ausmass hinausgingen, stellt es zusätzlich die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig, Die Beschwerdeführerin zeigt eine ausgesprochene Somatisierung, erlebe sich hauptsächlich durch die Schmerzen eingeschränkt, könne kaum introspektive Räume betreten. Anlässlich der Exploration habe sie sich in leichtgradig depressiver Verstimmung befunden, eine leichtgradig geminderte Stimmungsmodulation, eine leichtgradige Antriebsverminderung, eine leichtgradige Adynamie, eine leichtgradige Hoffnungslosigkeit gezeigt sowie von leichtgradigen nächtlichen, nicht psychotisch anmutenden Ängsten berichtet. Sie beklage sich über ausgeprägte Schlafstörungen, habe bei weiterhin 100 kg Habitualgewicht keinen Appetit. Klinisch könnten keine kognitiven Störungen nachgewiesen werden. Die Beschwerdeführerin zeigt kein psychotisches oder psychosenahes Erleben und Verhalten. Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten.

Insgesamt zeigt die Beschwerdeführerin ein passives Verhalten bei freilich aktivem Interesse z.B. beim Gespräch über ihre Familie. Sie gehe mit der zweiten Frau ihres Ex-Ehemannes spazieren, verkehre regelmässig mit ihren beiden Brüdern, telefoniere regelmässig mit den beiden Schwestern, verbringe regelmässig Ferien im älteren Haus des Ex-Ehemannes in K.____ mit dort Besuchen der Verwandtschaft des Ehemannes. Gelegentlich verfolge sie im Fernsehen auf albanischen Kanälen die Abendnachrichten. Die Versicherte könne sich an Regeln und Routinen halten, nehme z.B. Arzttermine regelmässig wahr, zeige eine leichtgradige Beeinträchtigung bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, erweise sich z.B. bei der Verarbeitung der Kinderlosigkeit als flexibel und umstellfähig, infolge jahrelanger Arbeitslosigkeit lasse sich die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen kaum abschätzen. Anlässlich der Exploration habe sie sich entscheidungs- und urteilsfähig gezeigt (z.B. im Gespräch über die Kinderlosigkeit), infolge der rezidivierend depressiven Störung (gegenwärtig leichtgradig) bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung der Durchhalt- und Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei

ebenso erhalten wie die Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu familiären Beziehungen. In Bezug auf die Ferien zeige sich die Beschwerdeführerin zu Spontanaktivitäten befähigt. Bei - aus Sicht der Gutachter - eher Überbetreuung durch die Verwandtschaft lasse sich die Verkehrsfähigkeit der Versicherten schwer abschätzen, erwähnenswert seien aber die regelmässigen Ferien in K.____. Anlässlich der Laboruntersuchung habe sich das Duloxetin oberhalb des Normbereiches befunden, Trazodon innerhalb des Normbereiches und Sertralin unterhalb der Nachweisgrenze; wie schon in der Vergangenheit scheine die

Compliance schwierig und wenig überblickbar zu sein (S. 53 f.) . 4.3.3

Bezüglich der Auswirkungen der Störungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus ,

aus rheumatologischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit durch die degenerativen Veränderungen am Achsen skelett und den peripheren Gelenken beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin könne körperlich schwere bis mittelschwere Arbeiten nicht mehr ausüben. Möglich seien je doch weiterhin sämtliche leichten bis maximal gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden und rückenadaptierten Tätigkeiten, ohne Arbeiten, welche ein dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, vor allem des linken Arms bedingten sowie Arbeiten mit Zwangshaltungen, Arbeiten, die mit der Notwendigkeit verbunden seien, in die Knie zu gehen und auf den Knien zu arbeiten, häufig auf Treppen oder Leitern zu steigen oder in der Höhe zu arbeiten sowie auf unebenem Grund zu gehen. Entsprechend angepasste Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten langjährigen Schmerzsymptomatik noch zu 75 % zugemutet werden. Die Beschwerdeführerin sei 2006 durch das L.____ gutachterlich beurteilt worden, damals seien je doch lediglich Veränderungen am Achsen skelett, nicht im Bereich der peripheren Gelenke berücksichtigt worden. Es sei aufgrund der Datenlage sehr schwierig festzulegen, ab wann die zusätzlichen Einschränkungen gelten würden, degenerative Veränderungen auch peripherer Gelenke seien immer hin bereits radiologisch seit 2003 (zuletzt 16. Oktober 2003) bekannt. Degenerative Veränderungen müssten aber nicht zwingend immer zu Einschränkungen führen. Sicher würden die Einschränkungen ab dem aktuellen Untersuchungsdatum gelten.

Im neurologischen und internistischen Fachgebiet seien keine arbeitsrelevanten Diagnosen aufzulisten (S. 69) .

Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei rezidivierend depressiver Störung, aktuell leichtgradig (bei im Aktenverlauf anamnestisch bis schwergradig) aufgrund des im Teilstatus analysierten Mini ICF APP ein um 20 % vermindertes Rendement . Bei Fehlen einer objektiven Beurteilung seit 2008 sowie diskrepanten Schweregradeinschätzungen im Verlauf und bei nachgewiesenen Compliance-Problemen der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Einnahme der Antidepressiva, gelte die Einschätzung ab Gutachtens datum (S. 69 f.) .

Gesamtheitlich

gingen die Experten von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 25 % aus beim aus rheumatologischer Sicht angepassten Profil (S. 70). 5. 5.1

Vorwegzuschicken ist, dass das C.____ -Gutachten vom 2. September 2014

(E. 4.3) den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in internistischer, rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Fachrichtung (Urk. 8/135/3). Die Gutachter berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit - auch mit festgestellten Inkonsistenzen - auseinander. So gaben sie die geschilderten Einschränkungen wieder (Urk. 8/135 S. 25 f., S. 30 f., S. 39 f., S. 46) und beschrieben die mannigfaltigen erhobenen Befunde (Urk. 8/135 S. 26 ff., S. 31 ff., S. 40 f.,

S. 47). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben (Urk. 8/135 S. 3 ff.), wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung im Längsverlauf äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (Urk. 8/135 S. 34 ff., S. 53 ff., S. 69). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein

und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinn legten die C.____ -Ärzte in organisatorischer Hinsicht in nachvollziehbarer Weise dar, dass die Beschwerdeführerin durch die degenerativen Veränderungen am Achsenskelett und den peripheren Gelenken beeinträchtigt ist und deswegen keine körperlich mittelschwere bis schwere Arbeiten mehr ausüben kann. Ebenso schlüssig erscheint angesichts der geschilderten Diagnosen und Befunde, dass leichte bis maximal gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind (E. 4.3.2). Mit dem attestierten Umfang von 75 % nahmen die Experten Rücksicht auf die wohl zahlreichen, insgesamt aber eher diskretene Pathologien bestehend aus (nebst Schulter-, Knie- und Fussbeschwerden) Osteochondrosen, Spondylarthrosen, Hyperlordose, Skoliose, Retrolisthesis sowie einer Diskusprotrusion mit Kontakt zur Nervenwurzel samt entsprechender Schmerzsymptomatik.

In psychiatrischer Hinsicht überzeugt die Expertise in gleicher Weise. Die Gutachter legten in nachvollziehbarer Weise dar, dass bei ebenfalls nicht gravierender Pathologie mit aktuell leichtgradiger depressiver Störung ein vermindertes Rendement besteht, welches nicht additiv zu berücksichtigen ist. Dies erscheint angesichts der erhobenen, eher diskreten Untersuchungsbefunde (unter anderem erhaltenes Bewusstsein und Orientierung, verminderter Antrieb und Ausdrucksverhalten, bei gewissen Themen depressive Note, Einengung auf das Schmerzgeschehen, keine Phobien, Wahrnehmungsstörungen und Ich-Störungen, leichtgradig geminderte depressive Auslenkung und Modulationsfähigkeit der Stimmung, leichtgradige Hoffnungslosigkeit, Adynamie, Aktivitätseinschränkung, Interessenverlust, nächtliche Ängste; Urk. 8/135/47) als schlüssig. 5.2

Zur abweichenden Einschätzung der Fachpersonen des Medizinischen Zentrums B.____ vom 26. April 2013 (E. 4.1) ist vorweg festzuhalten, dass diese schon deswegen mit Zurückhaltung zu würdigen ist, weil anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht die der deutschen Sprache nicht mächtige Beschwerdeführerin, sondern ihr Ehemann Auskunft gab. In tatsächlicher Hinsicht ergibt sich sodann eine etwas akzentuiertere Beschreibung der Befunde bei namentlich stärkerer Ausprägung des depressiven Erscheinens. Dies hatte sich aber offensichtlich bis im Herbst 2014 soweit geübt, dass nurmehr eine leichte depressive Episode gegeben war.

Die Kritik am C.____ -Gutachten durch

Dr. I.____ und Dr. phil. klin. psych. M.____ vom Medizinischen Zentrum D.____ vom 27. April 2015 (Urk. 3), welche bereits für den Bericht des Medizinischen Zentrums B.____ vom 26. April 2013 verantwortlich gezeichnet hatten, erschöpft sich im Wesentlichen im Vorhalt, die Beschwerden oberflächlich aufgenommen zu haben (S. 3 oben und S. 4 unten). Hierzu ist festzuhalten, dass die C.____ - Experten in jedem Fachbereich separat die durch den entsprechenden Fachgutachter erhobenen Befunde darlegten (E. 5.1) und dabei auch zu praktisch identischen Ergebnissen wie die B.____ -Fachpersonen, welche in gleicher Weise das Vorliegen von psychotischen Erlebnisweisen und Einschränkungen des Denkens

verneinten und den Fokus auf das Schmerzempfinden sowie eine depressiv-resignierte Stimmung legten (Urk. 3 S. 3). Dass sich die neu hinzugeetretenen Diagnosen (Nr. 11 Gallensteinentfernung sowie Nr. 12 Fett leber, S. 4) auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wurde nicht dargetan und sol ches ist auch nicht ersichtlich.

Die abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (100 % statt 25 %) entspringt demgemäss einer zurückhaltenderen Zumut b arkeitseinschätzung, welche wohl mit der vom Bundesgericht erkannten Erfahrungstatsache zu er klären ist, dass behandelnde Arztpersonen bzw. Therapekkräfte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Wohl kann die einen längeren Zeit raum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztperso nen bzw. Therapekkräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vor behalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung auf drängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation ent springende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen).

Bei dieser Ausgangslage und Fehlens von objektivierbaren Umständen, wel che den Gutachtern entgangen waren, besteht keine Veranlassung, von der Einschätzung der C.____-Experten abzuweichen. Dies umso mehr, als sich eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit nur schwer mit den von Dr. I.____ und Dr. phil. M.____ geschilderten Befunden

vereinbaren lässt . Namentlich fehlt eine Darlegung der Befunde, welche das Vorliegen einer schweren depressi ven Episode als nachvollziehbar erscheinen lassen würde. 5.3

Gleiches gilt für die Einschätzung des behandelnden Dr. J.____ (E. 4.2). Seinem Attest von Ende 2013 mangelt es an der Schilderung einschlägiger Befunde und diese war bis zur Begutachtung ohnehin überholt. 5.4

Damit steht fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letztmaligen Rentenablehnung am 30. Juli 2009 namentlich in psy chischer Hinsicht derart verbessert hat, als sie bei neu lediglich leichter (statt mittelgradiger) depressiver Episode in ihrer Arbeitsfähigkeit im Ausmass von 25 % eingeschränkt und auf eine Stelle angewiesen ist, die ihren - leicht verschlechterten - multiplen organischen Beeinträchtigungen Rechnung trägt. 6.

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