

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00080 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00080

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00080 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00080 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Die 1957 geborene X.____ ist verheiratet und Mutter von vier Kindern (geboren 1980, 1982, 1989 und 1993 ; Urk. 8/19/3) . Sie verfügt über keine berufliche Ausbildung (Urk. 8/3). Ab November 2003 arbeitete sie als Mitarbeiterin Gastronomie in einem Migros-Restaurant in einem Pensum von wöchentlich 35 Stunden (Urk. 8/11)

und übernahm daneben während zwei Stunden pro Woche die Hauspflege für eine Privatperson (Urk. 8/3/6 , Urk. 8/8) . Am 19. November 2007 stürzte sie bei der Arbeit auf den Hinterkopf und wurde deshalb von den behandelnden Ärzten zu 100 % krank geschrieben (Urk. 8/10/144). Da sie die Arbeit in der Folge nicht wieder aufnahm, löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2008 auf (Urk. 8/11/8) . Der zuständige Unfallversicherer stellte seine Leistungen ebenfalls per 31. Juli 2008 ein mit der Begründung, dass kein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 19. November 2007 und den fortbestehenden Beschwerden bestehe (Urk. 8/10/40-45).

Am 13. Oktober

2008 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit, welche auf die Unfallfolgen zurückzuführen sei, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Rente) an (Urk. 8/3/7-9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf zunächst berufliche Abklärungen (Urk. 8/8, Urk. 8/11) und zog die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 8/10). Danach holte sie das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten

der Klinik Y.____ vom 26. Mai 2009 ein, in welchem die Gutachter ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion sowie eine chronifizierte Schmerzstörung ohne organische Grundlage bei einem zervikozephalen Schmerzsyndrom, aufgetreten nach dem Unfall im März 2007, diagnostiziert hatten

(Urk. 8/19/5, Urk. 8/19/7-8, Urk. 8/19/14-15). Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/20-22, Urk. 8/37) mit Verfügung vom 16. November 2009 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 8/38) . Die Beschwerde der Versicherten gegen diese Verfügung (Urk. 8/39/3) wies das Sozialversicherungsgericht mit dem Urteil IV.2010.0000

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August

2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art.

E. 1.3

Bereits am 15. November 2012 hatte die Versicherte der IV-Stelle unter Hinweis auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eine erneute Anmeldung zum Rentenbezug eingereicht für den Fall, dass das beim Sozialversicherungsgericht hängige Beschwerdeverfahren IV.2012.00869 zu ihren Ungunsten aus gehen sollte (Urk. 8/96; vgl. auch Urk. 8/95). Nach Erhalt des Urteils IV.2012.00869 vom 21. Februar 2014 ordnete die IV-Stelle die psychiatrische Begutachtung der Versicherten bei Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an (Urk. 8/130-131; vgl. auch Urk. 8/99, Urk. 8/109)

Dr. A.____ diagnostizierte in seiner Expertise vom 20. Februar 2015 (Urk. 8/140) eine beserungsfähige, bisher nicht chronifizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Anteilen. Dr. A.____ gelangte sodann zur Beurteilung, die gestellten Diagnosen wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 8/140/32). Auf grund der gutachterlichen Beurteilung stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 16. März 2015 die erneute Ablehnung ihres Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 8/142; vgl. auch Urk. 8/141). Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 8/152), holte die IV-Stelle die ergänzende Stellungnahme des Gutachters Dr. A.____ vom 15. August 2015 ein (Urk. 8/157; vgl. auch Urk. 8/154), zu welcher die Versicherte am 22. September 2015 unter Beilage eines aktuellen Berichts des sie behandelnden Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. September 2015 (Urk. 8/160) Stellung nahm (Urk. 8/161-162). Nach Einholung einer versicherungsmedizinischen Würdigung des Sachverhalts vom 20. November 2015 durch med. pract. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 8/164/5-6), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 an der Verneinung eines Rentenanspruchs fest (Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, mit Eingabe vom 19. Januar 2016 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

„ 1.

Die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. Dezember 2015 sei aufzuheben.

2.

Es seien zusätzliche medizinische Abklärungen zu treffen, insbesondere sei die Beschwerdeführerin erneut psychiatrisch zu begutachten.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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. 2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 2.3

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 2.4

.3

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 2.5

Beruhet die Leistungseinschränkung auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, welche die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar

überschreitet, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015, E. 4 mit weiteren Hinweisen). 2. 6

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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent 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). 2. 7

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art.

E. 3

Bezüglich Status sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin 100 % erwerbstätig wäre, falls sie gesund wäre.

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlichen 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). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E.

E. 4

Es seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, es sei der Invaliditätsgrad festzustellen und eine entsprechende Invalidenrente der IV auszurichten.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. 5.2

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 Vorak ten (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).

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____

(Urk. 8/140) erfüllt diese Voraussetzungen und ist damit grundsätzlich beweiskräftig.

5. 3

Die IV-Stelle macht geltend, dem Gutachter könne nicht gefolgt werden, soweit er eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe, da die gemäss der ICD für diese Diagnose erforderlichen, für die psychogenen Schmerzen ursächlichen emotionalen Konflikte und psychosozialen Belastungen fehlten (Urk. 2).

Dieser Auffassung kann nicht beige pflichtet werden. Dr. A.____ legte in seiner Expertise dar, die Beschwerdeführerin habe vordergründig über diffuse, unspezifische Schmerzen mit wechselnden Lokalisationen geklagt, welche sie subjektiv in ihrer Lebensführung stark einschränkten. Die Schmerzsymptomatik sei, entgegen der sich dem Vorgutachter Dr. Z.____ präsentierenden Situation, erheblich gewesen (Urk. 8/140/25, Urk. 8/140/29).

Sodann nannte Dr. A.____ eine ganze Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren beziehungsweise Konflikten (Migrationshintergrund, sehr geringe Schulbildung, keine Berufsausbildung, geringe Deutschkenntnisse, eher geringer beruflicher Ehrgeiz, deutliche Dekonditionierung vom regulären Arbeitsprozess, höheres Lebensalter, familiäre Konflikte bei Harmonisierungsbestrebungen, finanzielle Engpässe, Rentenwunsch), welche sich in den letzten Jahren, im Einklang mit den subjektiven Beschwerden, verstärkt hätten

(Urk. 8/140/33). Im Übrigen erwähnte auch der behandelnde Psychiater Dr. D.____ in seinem Bericht vom 27. April 2012 mehrere Konflikte und psychosoziale Belastungsfaktoren, welche für die Schmerzstörung ursächlich seien (Urk. 8/91/1-2). Deshalb ist nachvollziehbar, dass Dr. A.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) diagnostizierte .

Die von med. pract . C.____ vom RAD, ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 20. November 2015 als alternative Erklärung für die Schmerzen sowie auch die orthostatischen Beschwerden und den Schwindel angeführten Gründe (Dekonditionierung des Bewegungsapparates mit muskulären Atrophien und Fehlhaltungen , leichte Angstreaktionen mit verschiedenen mild ausgeprägten Symptomen wie Atemnot und Schwindel) klingen zwar plausibel, zu berücksichtigen ist aber, dass dieser Arzt die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hat.

Zu beachten ist, dass

Dr. A.____

sowohl hinsichtlich der Schmerzintensität als auch der psychosozialen Belastungsfaktoren und Konflikte im Vergleich zur Situation anlässlich der Vorbegutachtungen bei Dr. Z.____ (vgl. Urk. 8/140/5, Urk. 8/140/9) eine (negative) Veränderung konstatierte. Sodann liess er bei der Diagnosestellung nicht zu berücksichtigende Faktoren wie die von ihm

festgestellten, weit über Verdeutlichungsbemühungen hinausgehenden Tendenzen zu deutlicher Aggravation richtigerweise unberücksichtigt (Urk. 8/140/33). Deshalb besteht kein Grund, an seiner Diagnosestellung zu zweifeln.

E. 5.4

Den Einwendungen der Beschwerdeführerin ist Folgendes entgegenzuhalten:

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, ihre Vergesslichkeit sei von Dr. A. ___ nicht gebührend berücksichtigt worden, kann ihr nicht gefolgt werden. Offen bleiben kann, ob die Vergesslichkeit Symptom der diagnostizierten depressiven Störung oder einer Demenz ist. Im Gutachten wurde nämlich nachvollziehbar aufgezeigt, dass die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration angegebenen Symptome von Vergesslichkeit und Gedächtnisstörungen wechselhaft und inkonsistent waren

und am ehesten mit den passiv-aggressiven und unreifen Persönlichkeitszügen oder mit Tendenzen zu einem manipulativen Verhalten erklärt werden können, wenn sie nicht gar als täuschendes Verhalten einzuordnen sind (Urk. 8/140/26). Diese Angaben des Gutachters sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin überzeugend, und es fehlen Anhaltspunkte dafür, dass es sich hierbei bloss um böswillige Unterstellungen handelt. Bereits der Vorgutachter Dr. Z. ___ stellte anlässlich seiner Untersuchung vom 11. Januar 2012 bei der Beschwerdeführerin passiv-aggressives Verhalten und die nicht glaubhafte Angabe von Gedächtnisstörungen fest (Urk. 8/66). Der Umstand, dass der behandelnde Psychiater Dr. D. ___ die passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Verhaltenstendenzen der Beschwerdeführerin in seinen Berichten nicht erwähnte, wird von Dr. A. ___ in überzeugender Weise darauf zurückgeführt, dass Dr. D. ___ die grundlegende Frage nach der Ätiologie der psychischen Symptomatik nie beantwortete und auch keine Persönlichkeitsdiagnostik durchführte. Dass Dr. A. ___ gestützt auf eine einzige Untersuchung zu seinen Schlussfolgerungen gelangte, schränkt deren Beweis kraft entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht ein, zumal Dr. A. ___ die gesamten Vorakten in seine Beurteilung miteinbezog. Somit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die geltend gemachte Vergesslichkeit überhaupt beziehungsweise ein relevantes Ausmass erreicht. Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach Erhalt des Gutachtens von Dr. A. ___ in der Wohnung Wasserhähne laufen liess, kann mit ihrem dysfunktionalen Verhalten erklärt werden und weist noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf kognitive Störungen hin, wie med. pract. C. ___ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 20. November 2015 überzeugend darlegte (Urk. 8/164/5-7).

Auch ist nicht zu beanstanden, dass Dr. A. ___ zur Ermittlung der Schwere der depressiven Symptomatik den Test nach der Hamilton-Skala durchgeführt hat und nicht wie der Vorgutachter Dr. Z. ___ eine Testung mit dem BDI vorgenommen hat. Dr. A. ___ hat überzeugend aufgezeigt, dass eine Beurteilung der depressiven Symptomatik mit Selbstbeurteilungsverfahren wie dem BDI aufgrund der deutlich eingeschränkten Compliance und Motivation der Beschwerdeführerin zu nicht ausreichend validen und objektiven Ergebnissen geführt hätte. Dieses Vorgehen steht auch nicht im Widerspruch zum Rückweisungs Urteil des hiesigen Gerichts IV.2012.869 vom 21. Februar 2014, wo der durchzuführende Test zur Objektivierung der depressiven Störung nicht spezifiziert wurde (Urk. 8/110/9), was ohnehin nicht Aufgabe des Gerichts ist. Dem Vorwurf der Beschwerdeführerin, Dr. A. ___ habe nicht nachvollziehbar begründet, wie er zum

Testergebnis von 15 Punkten gelangt sei, ist zu entgegnen, dass die

E. 5.5

Mit der Beschwerdeführerin kann nach dem in der vorstehenden Erwägung Gesagten gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ davon ausgegangen werden, dass eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt. Entgegen ihrer Ansicht reichen die Angaben im Gutachten aus, um die Auswirkung der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgeblichen Indikatoren zuverlässig zu beurteilen, obwohl das Gutachten noch nach altem Verfahrensstandard eingeholt wurde und der Gutachter sich explizit nur zu den nach bisheriger Rechtsprechung massgeblichen sogenannten Förster-Kriterien geäussert hat (vorstehend E. 2.3).

Zum funktionellen Schweregrad der somatoformen Schmerzen ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin angegebene diffuse, unspezifische Symptomatik - anhaltende Schmerzen in der ganzen linken Körperhälfte, den Schultern und am Rücken - erheblich war und für die Beschwerdeführerin subjektiv im Vordergrund stand. Eine schwerwiegende körperliche Erkrankung, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkt, liegt unbestrittenermassen nicht vor.

Dr. A.____ stellte bei der Beschwerdeführerin eine ambivalente Motivation für eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei einem vorrangig somatisch orientierten Krankheitskonzept fest. Dem Austrittsbericht vom 6. November 2012 der Klinik F.____ ist denn auch zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin und ihre Familie eine weiterführende stationäre psychotherapeutische Begleitung ablehnten (Urk. 8/95/3). Die Behandlung der Symptomatik war bisher ungenügend, und gemäss Dr. A.____ ist zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin ihr dysfunktionales Verhalten mit Hilfe einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen, allenfalls auch mit einer stationären psychosomatischen Rehabilitation, schrittweise aufgeben könnte. Es kann also nicht von anhaltenden Symptomen trotz adäquater Therapie mit entsprechender Therapiemotivation der Beschwerdeführerin gesprochen werden. Das Scheitern der psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik F.____ wegen des auffälligen Verhaltens der Beschwerdeführerin ist nach überzeugender Auffassung von

Dr. A.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Persönlichkeitszüge und die mangelnde Therapiemotivation zurückzuführen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist unter diesen Umständen auch keine Chronifizierung der somatoformen Schmerzstörung ausgewiesen.

Da gemäss Dr. A.____ hinsichtlich der leichten depressiven Störung unter adäquater, auch medikamentöser Behandlung bereits nach kurzer Zeit mit einer Besserung gerechnet werden kann, fehlt eine erhebliche psychische Komorbidität, welche die Heilungschancen beeinträchtigen könnte. Entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin ist aufgrund der medizinischen Akten nicht ausgewiesen, dass ihr jeglicher persönlicher Antrieb fehlt. Eine Persönlichkeitsstörung besteht nicht, hingegen liegen gemäss Dr. A.____ nicht invalidisierende akzentuierte passiv-aggressive und histrionische / unreife Persönlichkeitszüge vor, welche das Krankheitsverhalten der Beschwerdeführerin erklären, aber therapeutisch angebar sind. Trotz der akzentuierten Persönlichkeitszüge erhob Dr. A.____ gute persönliche Ressourcen. So stellte er eine knapp durchschnittliche Intelligenz fest, was für die Erfolgsaussichten einer Psychotherapie von Bedeutung ist. Weiter schloss

er aus den geschilderten positiven Alltagsaktivitäten auf eine ganze Reihe ausbaufähiger Ressourcen. Ferner erhob er eine relativ gute Auffassungsgabe, eine nur leicht verminderte Ausdauer, eine gute Durchhaltefähigkeit und eine stabile Selbstbehauptungsfähigkeit.

Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens lag gemäss Dr. A. ___ sicher nicht vor; es bestand bloss ein geringer Rückzug vorwiegend betreffend den beruflichen Bereich (Urk. 8/140/22) . Hingegen waren die familiären Beziehungen intakt.

Unter diesen Umständen kann entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kein ausgeprägter sozialer Rückzug angenommen werden .

Als das Fortbestehen der Symptomatik begünstigenden Faktor nannte Dr. A. ___ den Umstand, dass die behandelnden Ärzte, die Familie und die Rechtsanwältin die Beschwerdeführerin in ihrem dysfunktionalen Verhalten und Krankheitskonzept unterstützten.

Dr. A. ___ ging den n auch von einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn aus. Hinsichtlich der Konsistenz der Schmerzsymptomatik ist beachtlich, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben täglich zwei Spaziergänge machte und weitere positive Aktivitäten pflegte , was gegen eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen spricht. Auch ist der Umstand, dass die Töchter und Schwiegertöchter der Beschwerdeführerin im Haushalt viel Arbeit abnehmen, in der Kultur der Beschwerdeführerin üblich. Daraus kann mit Dr. A. ___ nicht auf eine objektive Unfähigkeit, diese Hausarbeiten selbst zu verrichten, geschlossen werden. Ein Behandlungs- und Eingliederungsanamnese aus ausgewiesener erheblicher Leidensdruck ist nicht ausgewiesen, da Dr. A. ___ nachvollziehbar aufgezeigt hat, dass die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei der Beschwerdeführerin bisher nur unzureichend ausgeschöpft wurden. Nicht zuletzt ist zu beachten, dass die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin aufgrund der von Dr. A. ___ beobachteten Aggravationstendenzen mit Vorsicht zu würdigen sind. Insgesamt ergibt sich, dass die Schlussfolgerung von Dr. A. ___ , die Beschwerdeführerin sei mit einer zumutbaren Willensanstrengung trotz der somatoformen Schmerzstörung vollständig arbeitsfähig, auch im Lichte der nach der neusten Rechtsprechung anwendbaren Standardindikatoren (vorstehend E. 2.4.2) stand hält.

E. 5.6

Schliesslich zeigte Dr. A. ___ auch nachvollziehbar auf, dass nicht auf die abweichenden Beurteilungen des behandelnden Psychiaters Dr. D. ___ und der Ärzte der Klinik F. ___ abgestellt werden kann, da diese Ärzte von fehlerhaften Annahmen ausgingen und insbesondere keine adäquate Persönlichkeitsdiagnostik vorgenommen haben (Urk. 8/140/34-35). Der Hausarzt und Internist Dr. B. ___ erwähnte in seinem neusten Bericht vom 18. September 2015 die bereits von Dr. A. ___ vorausgesagte Verzweiflung der Beschwerdeführerin nach Erhalt des für sie negativen Gutachtens und im Übrigen keine wesentlich neuen Befunde . Da er nicht Facharzt für Psychiatrie ist , kann seine Beurteilung, die Gedächtnislücken wiesen möglicherweise auf eine Demenz hin (Urk. 8/160) , die Beweiskraft der abweichenden Einschätzung von Dr. A. ___ nicht erschüttern.

Der Beschwerdeführerin ist hingegen zuzustimmen, dass die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A. ___

nicht überzeugend. Dr. A. ___ ging, gestützt auf die Beurteilung von Dr. Z. ___ in dessen psychiatrischem Gutachten vom 11. Januar 2012, davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach einer Phase vollständiger Arbeitsfähigkeit ab Januar 2012 zu 30 % Arbeitsunfähig war und spätestens seit Mitte 2014 wieder uneingeschränkt arbeiten konnte (Urk. 8/140/32). Auf diese Beurteilung kann nicht abgestellt werden. Zunächst ist nämlich zu beachten, dass das hiesige Gericht im Rückweisungs Urteil IV.2012.00869 vom 21. Februar 2014 das Gutachten von Dr. Z. ___ vom 24. Januar 2012 als nicht voll beweiskräftig eingestuft hatte. Sodann ist es aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gestützt auf die entsprechende Rechtsprechung nicht haltbar, aufgrund der von Dr. Z. ___ gestellten Diagnose einer leichten depressiven Störung mit intermittierend möglichen höchstens mittelgradigen Symptomen eine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, zumal die therapeutischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Symptomatik auch nach Ansicht von Dr. Z. ___ damals weitgehend nicht ausgeschöpft waren (Urk. 8/140/6-7; vorstehend E. 2.3).

Zudem hat Dr. A. ___ in seinem Gutachten selbst eingeräumt, dass die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit durch Dr. Z. ___ sehr grosszügig gewesen sei (Urk. 8/140/34), es kann also davon ausgegangen werden, dass die Beurteilung von Dr. Z. ___ bloss eine andere Einschätzung des im Wesentlichen unveränderten oder in der fraglichen Periode sogar leichtgradig besseren Gesundheitszustandes darstellt.

Im Übrigen kann für die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. D. ___ abgestellt werden, wie bereits dargelegt wurde. Demnach ist trotz der Angaben im Gutachten von Dr. A. ___ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum von Januar 2012 bis spätestens Mitte 2014 aus psychiatrischer Sicht arbeitsunfähig war. Das Abweichen vom grundsätzlich beweiskräftigen Gutachten von Dr. A. ___ in dieser Frage ist zulässig. Der Umstand, dass in diesem Punkt nicht auf die Beurteilung von Dr. A. ___ abgestellt wird, schmälert dessen Beweiskraft hinsichtlich der übrigen Feststellungen nicht (vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3).

5.7

Insgesamt kann gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A. ___ davon ausgegangen werden, dass

sich der Gesundheitszustand seit der rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs mit der Verfügung vom 16. November 2009 insofern verändert hat, dass in diagnostischer Hinsicht neu von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode sowie von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist. Da aber auch diese Diagnosen nach überzeugender Beurteilung des Gutachters Dr. A. ___ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben (Urk. 8/140/32), liegt keine revisionsrechtlich relevante erhebliche Sachverhaltsänderung vor.

Ferner kann gestützt auf die diesbezüglichen Ausführungen im Gutachten von Dr. A. ___ (Urk. 8/140/32) auch davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bei der Haushaltsführung nicht wesentlich eingeschränkt ist. Unter diesen Umständen – da sowohl im Erwerbsbereich als auch im Haushalt keine erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgewiesen ist – erübrigt sich die Prüfung, inwiefern die Beschwerdeführerin als Erwerbstätige und als im Haushalt tätig zu qualifizieren ist. Aufgrund des Gesagten können auch die von der Beschwerdeführerin beantragten weiteren

Abklärungen unterbleiben.

Im Ergebnis ist die angefochtene Verfügung, mit welcher erneut das Bestehen eines Rentenanspruchs verneint wurde, rechtens, und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 8 00.-- zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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. 6

Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung in der Person der Unterzeichneten einzuräumen.“

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2016 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Mit Verfügung vom 29. Februar 2016 wies das Gericht das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin ab (Urk. 12).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Rahmen der IV-Revision 6a vorgenommenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiell rechtlicher Hinsicht gilt jedoch

der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 3. Dezember 2015 (Urk. 2) ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 20

E. 11

auf die damals seit der 5. IV-Revision

(ab dem 1. Januar 2008; AS 2007 5129 ff.) geltenden Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV Revision 6a abzustellen (vgl. zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2008 vom 23. Dezember 2008 E. 2.1). Im Folgenden werden die Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 20

E. 12

geltenden Fassung zitiert . 2.

E. 17

Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 3 .

3 .1

In der angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2015 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit der Begründung, eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit sei bei objektiver Betrachtung nicht belegt. Der psychiatrische Gutachter Dr. A.____ habe in seiner Expertise vom 20. Februar 2015 in nachvollziehbarer Weise eine rezidivierende depressive Störung, welche gegenwärtig einer leichten Episode entspreche, diagnostiziert. Der Hamilton-Test (HMDT) habe 15 Punkte ergeben, was einer leichten Depression entspreche. Die einzelnen Items des Tests seien im Internet einsehbar. Dem Gutachter sei zuzustimmen, dass eine Testung mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) nicht sinnvoll sei, da es sich bei diesem Test um eine subjektive Selbsteinschätzung handle, welche für objektive Vergleiche nicht geeignet sei. Dem Gutachter könne hingegen nicht gefolgt werden, soweit dieser eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe. Bei der Diagnosestellung habe er sich nämlich nicht nach den ICD-Kriterien gerichtet.

Aus psychiatrischer Sicht reiche es nicht, dass keine somatische Ursache für die Schmerzen gefunden worden sei. Vielmehr verlange die ICD für diese Diagnose einen „andauernden, schweren und quälenden Schmerz“ in „Verbindung mit emotionalen Konflikten oder

psychosozialen Belastungen“. Ursächliche emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen fehlten aber. Aus der jahrelangen, von der Familie unterstützten Schonung der Beschwerdeführerin habe sich eine Dekonditionierung entwickelt, welche sich in den von der Beschwerdeführerin geschilderten orthostatischen Beschwerden, einer Dekonditionierung des Bewegungsapparates mit muskulären Atrophien und Fehlhaltungen sowie verstreuten Schmerzen am ganzen Körper, meist am Rücken, zeige. Eine Dekonditionierung sei häufig auch mit Besorgtheit und leichten Ängsten verbunden. Solche, von der Beschwerdeführerin ebenfalls geschilderte Angstreaktionen führten typischerweise zu den geschilderten Symptomen wie Tachykardie, trockener Mund, Kribbeln, Taubheit um den Mund sowie oft auch an den Händen und Schwindel. Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Schwindel könne mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge der Atemnot und als orthostatische Reaktion erklärt werden, wobei beide Symptome bei ihr mild ausgeprägt seien und mit mehr körperlicher Bewegung und Anstrengung kuriert werden könnten. Angesichts der weitgehenden Entpflichtung und Einnahme der Krankenrolle innerhalb der Familie wäre es auch nicht weiter verwunderlich, wenn die Beschwerdeführerin immer weniger Verantwortung übernehme und sich beispielsweise um offene Wasserhähne oder ähnliches nicht kümmere. Diesbezüglich könne also nicht von einer Vergesslichkeit gesprochen werden. Zudem sei Vergesslichkeit nicht ein Symptom einer Depression, sondern von einer Demenz. Insgesamt könne, trotz der diagnostischen Unschärfe bei der somatoformen Schmerzstörung, dem Gutachter Dr. A. ___ in seiner Beurteilung, dass keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestehe, gefolgt werden. Deshalb könne auch davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nicht wesentlich eingeschränkt sei, und eine Abklärung der Qualifikation erübrige sich. Ebenfalls könne die Ressourcenprüfung im strukturierten Beweisverfahren mit Standardindikatoren gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 unterbleiben (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort verwies die IV-Stelle auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung (Urk. 7).

3.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich dagegen auf den Standpunkt, Anspruch auf eine Invalidenrente zu haben. Den Argumenten der IV-Stelle hält sie entgegen, es sei widersprüchlich, zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einerseits auf das Gutachten von Dr. A. ___ abzustellen, andererseits aber davon auszugehen, dass entgegen der gutachterlichen Diagnosestellung keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege. Die IV-Stelle habe nicht schlüssig begründet, weshalb diese Diagnose nicht zutreffe, zumal die Diagnosestellung Aufgabe eines Facharztes und nicht der IV-Stelle sei. Unzutreffend sei ferner die Behauptung der IV-Stelle, dass Vergesslichkeit kein Symptom einer Depression sei. Eine Vergesslichkeit weise nicht zwingend auf eine Demenz hin, sondern könne auch Anzeichen für eine Depression sein. Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A. ___ könne nicht abgestellt werden.

Dr. A. ___ habe im Rahmen seiner Begutachtung einen Test nach der Hamilton-Skala durchgeführt. Zum einen sei dieser Test nicht mit den vom Vorgutachter Dr. Z. ___ durchgeführten Tests vergleichbar. Zum anderen habe Dr. A. ___ nicht nachvollziehbar begründet, wie er zum Testergebnis von 15 Punkten gelangt sei. Sodann glaube Dr. A. ___ der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht, dass sie unter Vergesslichkeit leide. Im Gegensatz zu Dr. Z. ___ habe Dr. A. ___ aber weder einen Aufmerksamkeits-Belastungs-Test noch einen Konzentrations-Verlaufs-Test durchgeführt.

Sodann ergebe sich selbst aus dem Gutachten von Dr. A.____, dass sie tatsächlich unter Vergesslichkeit leide, da sie sich gemäss Gutachten weder daran erinnern könne, wann ihr Vater verstorben sei noch daran, wann ihre Kinder geboren worden seien. Bei der Behauptung des Gutachters, sie habe anamnestiche Angaben absichtlich verweigert, handle es sich um eine böswillige Unterstellung, welche klar bestritten werde. Auch müsse die Behauptung von Dr. A.____ zurückgewiesen werden, sie verhalte sich am ehesten passiv-aggressiv und histrionisch-unreif mit Tendenzen zu einem manipulativen, wenn nicht gar täuschenden Verhalten. Zu diesem Schluss sei Dr. A.____ gekommen, nachdem er sie ein einziges Mal gesehen habe, wogegen ihr behandelnder Psychiater Dr. D.____ keine derartigen Beobachtungen gemacht habe. Angesichts dessen, dass eine depressive Störung bereits seit 2008 bestehe und eine intensive langjährige psychiatrische Behandlung inklusive Klinikaufenthalt nicht zu einer Besserung geführt habe, sei ferner nicht nachvollziehbar, wie Dr. A.____ zum Schluss gelangt sei, es liege keine Chronifizierung der depressiven Symptomatik vor. Da Dr. A.____ nebst der Hamilton-Skala keine weiteren Tests, insbesondere auch keine neurologischen Tests, durchgeführt habe, sei seine Negierung einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, einer bipolaren affektiven Störung, einer dementiellen oder hirnrorganischen Entwicklung oder weiterer psychischer Störungen nicht zulässig. Nicht nachvollziehbar sei ferner, dass Dr. A.____ in seinem Gutachten die Förster-Kriterien diskutiere, handle es sich bei der Prüfung der Förster-Kriterien doch nicht um eine medizinische, sondern um eine gerichtliche Beurteilung. Alsdann würden die Ausführungen von Dr. A.____ zu den Förster-Kriterien allesamt bestritten. Es liege zweifellos eine Chronifizierung der somatoformen Schmerzstörung vor, seit 2007 sei sie durchgehend in medizinischer Behandlung, welche auch zwei Klinikaufenthalte umfasse. Wegen ihres Schwindels stürze sie monatlich mehrmals, was dazu führe, dass sie sich nicht mehr alleine auf die Strasse traue. Es sei nicht auszuschliessen, dass der Schwindel eine Folge des Medikamentenkonsums darstelle. Zwar liege bei ihr keine schwerwiegende körperliche Erkrankung vor, jedoch habe sie aufgrund der somatoformen Schmerzstörung Schmerzen im Rücken und in der Halswirbelsäule. Zudem liege entgegen der Ansicht von Dr. A.____ ein ausgeprägter sozialer Rückzug vor; im Gegensatz zu früher habe sie keinen Kontakt mehr zu Arbeitskolleginnen und -kollegen. Ferner wäre sie völlig vereinsamt und verwahrlost, würde sie nicht von ihrer Familie gestützt. Jeglicher persönlicher Antrieb fehle ihr. Nicht ersichtlich sei sodann, inwiefern sich ihr Gesundheitszustand nach der Begutachtung durch Dr. Z.____ so verbessert habe sollte, dass Dr. A.____ in seinem Gutachten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, obwohl Dr. Z.____ noch eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Dr. A.____ habe sich nicht dazu geäußert, welche Faktoren für diese Verbesserung des Gesundheitszustandes verantwortlich seien. Vielmehr sei sie als heute 58jährige sowohl wegen der somatoformen Schmerzstörung als auch der langjährigen Depression in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt und nicht mehr eingliederbar. Da dem psychiatrischen Gutachten von Dr. A.____ keinerlei Beweiswert zukomme, habe die IV-Stelle, welche ihre Verfügung trotzdem darauf gestützt habe, ihre Abklärungspflicht klar verletzt. Sie müsse neu psychiatrisch begutachtet werden unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht im Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 neu festgelegten Indikatoren zur Frage, ob sich die somatoforme Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Ohne ein solches Gutachten könne aus psychiatrischer Sicht nicht von einer Arbeitsunfähigkeit von weniger als 100% ausgegangen werden. Ferner habe die IV-Stelle entgegen Erwägung 4 des Urteils

des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00869 vom 21. Februar 2014 ihre Qualifikation nicht abgeklärt, was ebenfalls eine ungenügende Abklärung des Sachverhalts darstelle. Sie sei als zu 100 % erwerbstätig zu qualifizieren, weil ihre Kinder gross seien und der Ehemann ebenfalls den ganzen Tag arbeite (Urk. 1).

4.4.1

In seinem rechtskräftigen Urteil IV.2010.00002 vom 25. Juli 2011 kam das hierige Gericht gestützt auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Klinik Y.____ vom 26. Mai 2009 (Urk. 8/19) zum Schluss, dass bis zum Zeitpunkt der damaligen Verfügung vom 16. November 2009 keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfskraft in der Küche und auch nicht in einer anderen adaptierten Tätigkeit bestand. Die gestellten Diagnosen einer chronifizierten Schmerzstörung ohne organische Grundlage bei einem zervikozephalen Schmerzsyndrom, aufgetreten nach dem Unfall im März 2007, eines statisch

myalgischen Wirbelsäulensyndroms, einer Pseudoischialgie mit ISG-Blockade rechts und eines

Impingementsyndroms links ohne Funktionseinschränkungen schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht ein, ebenso wenig wie die aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte

Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion (Urk. 8/19/5, Urk. 8/19/7-8, Urk. 8/19/14-15). Der psychiatrische Gutachter Dr. Z.____ stütze sich für seine Beurteilung auch auf Testpsychologische Befunde. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI), ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer

depressiven Symptomatik, wies auf eine deutlich erhöhte depressive Symptomatik hin. Sodann ergaben sowohl der Aufmerksamkeits-Belastungs-Test als auch der Konzentrations-Verlaufs-Test unterdurchschnittliche Ergebnisse (Urk. 8/19/4-5). Gestützt auf das Gutachten bestätigte das Gericht die von der IV-Stelle verfügte Ablehnung des Rentenbegehrens der Beschwerdeführerin (Urk. 8/53), was unangefochten blieb (vgl. Urk. 8/55/2).

4.2

4.2.1

Dem von der Verwaltung bei Dr. Z.____, Klinik Y.____, eingeholten psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 24. Januar 2012, welches auf der Untersuchung vom 11. Januar 2012 basiert,

ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am Anfang des Untersuchungsgesprächs passiv-aggressiv

wirkte. Auf die gestellten Fragen habe sie geantwortet, sich wegen der Schmerzen nicht erinnern zu können, nicht einmal an ihr Geburtsdatum. Im Verlauf der Exploration sei sie aber kooperativer geworden und habe die nötigen anamnестischen Angaben präzise und ohne Verzögerung gemacht. Die Beschwerdeführerin habe vor dergründig über diffuse muskuloskelettäre Schmerzen, Schwindel sowie Ängste und Befürchtungen diesbezüglich geklagt. Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ habe den Schwindel und die Schmerzen in seinem Bericht vom 25. Oktober 2011 damit erklärt, dass eine Schmerzausweitung vorliege (Urk. 8/56). Hierbei handle es sich nicht um eine psychiatrische Diagnose.

Erfahrungsgemäss würden Schmerzausweitungen bei Schmerzpatienten durch

Dekonditionierung beziehungsweise schmerzbedingte Schonhaltung sowie durch Ängste vor Aktivitäten hervorgerufen.

Die durchgeführte Testpsychologische Untersuchung habe sowohl beim Aufmerksamkeits-Belastungs-Test als auch beim Konzentrations-Verlaufs-Test deutlich unterdurchschnittliche Resultate ergeben. Bei der Explorandin hätten aber objektiv keine groben Störungen des Konzentrationsvermögens und der Aufmerksamkeit festgestellt werden können. Der Gesamtscore von 9.3 Punkten in der Panik- und Agoraphobie-Skala weise auf einen mittleren Grad der Beeinträchtigung durch die Angst hin. Ferner sei eine leicht gedrückte Stimmung festzustellen, die Beschwerdeführerin berichte über Interessenverlust und

Freudlosigkeit. Ihr Antrieb sei objektiv leicht vermindert gewesen. Sie leide unter Zukunftsängsten, Schlafstörungen und allgemeiner Erschöpfung. Es könne eine depressive Störung diagnostiziert werden, die höchstens im mittelgradigen Ausmass vorhanden sei. Die Dekonditionierung, diffusen muskuloskelettären Schmerzen und Schwindelgefühle könnten aber nicht der depressiven Störung zugeordnet werden. Sodann könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigt werden, da bei der Beschwerdeführerin weder gravierende emotionale Belastungen vorlägen – diesbezüglich sei einzig die Scheidung des Sohnes zu nennen –

noch eine hinreichend schwere belastende psychosoziale Situation vorhanden sei (Urk. 10/66/7). Der Gutachter ging von einer höchstens 30%igen Arbeitsunfähigkeit seit November 2009 aufgrund der gestellten Diagnose aus. Es sei von einer leichten Verschlechterung der Situation seit der letzten Begutachtung ab November 2009 durch ihn auszugehen. Nicht auszuschliessen sei, dass die Beschwerdeführerin intermittierend auch unter stärkeren depressiven Symptomen gelitten habe, man könne aber anhaltend nur von einer höchstens 30%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Dabei sollten Tätigkeiten, die sehr hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, psychische Belastbarkeit, geistige Flexibilität und Nacharbeiten stellen, vermieden werden (Urk. 10/66/8). 4.2.2

Das Sozialversicherungsgericht erwog im

Rückweisungsurteil IV.2012.00869 vom 21. Februar 2014, Dr. Z.____ habe anders als bei der ersten Begutachtung keinen Test zur Objektivierung der Depression durchgeführt. Ferner stehe die diagnostizierte leichte depressive Episode in einem gewissen Widerspruch zu seinen Ausführungen in der abschliessenden Beurteilung, wo von einer höchstens mittelgradigen Depression die Rede gewesen sei. Sodann habe der Gutachter die Resultate des Aufmerksamkeits-Belastungs-Tests und des Konzentrations-Verlaufs-Tests in seiner Beurteilung nicht in überzeugender Weise miteinander bezogen. Die mittels Test erhobene agoraphobische Vermeidung und antizipatorische Angst mittleren Grades habe keinen erkennbaren Eingang in die gutachterliche Beurteilung gefunden. Da sämtliche anderen Ärzte eine stärkere Depression diagnostiziert hätten, und Dr. Z.____ sich mit den anderen fachärztlichen Einschätzungen nur ungenügend auseinandergesetzt habe, sei die psychiatrische Diagnose im Gutachten ungenügend beziehungsweise nicht überzeugend begründet worden. Daher sei die Sache zur erneuten psychiatrischen Begutachtung der Beschwerdeführerin an die IV-Stelle zurückzuweisen. Eine rheumatologische Abklärung sei bei der gegenwärtigen Aktenlage nicht nötig, weil sowohl die Ärzte der Rheumaklinik des E.____

als auch die Ärzte der Klinik F.____ kein somatisches Korrelat für die geklagten Beschwerden gefunden hätten und deshalb eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung respektive eine Somatisierungsstörung diagnostiziert hätten. Das psychiatrische Gutachten habe sich auch zur Frage der Überwindbarkeit einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung zu äussern. Schliesslich habe die IV-Stelle auch die Qualifikation der Beschwerdeführerin näher abzuklären (Urk. 8/110 /9-11) 4 .3

4 .3.1

Der behandelnde Psychiater Dr. D.____

widersprach in seinem Bericht vom 27. April 2012 der Beurteilung des Gutachters

Dr. Z.____ vom 24. Januar 2012, dass keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege. Vielmehr sei ein mehrjähriger chronifizierter schwerer Verlauf mit progredienter Symptomatik gegeben, wobei es innerhalb der Familie zu erheblichen Belastungen, Konflikten und Spannungen gekommen sei, welche eine enorme psychosoziale Belastung für die Beschwerdeführerin darstellten. Ebenfalls belastend wirkten die finanziellen Engpässe aufgrund des Wegfalls des Einkommens der Beschwerdeführerin. Dazu komme eine erhebliche Komorbidität durch eine chronische depressiv-ängstliche Entwicklung, welche die Beschwerdeführerin daran hindere, die sich ausweitenden Schmerzen und den Schwindel durch Willensanstrengung zu überwinden. Der depressive Zustand werde durch die Schmerzen und den Schwindel aufrecht erhalten, was wiederum in einer Art Circulus vitiosus die körperlichen Beschwerden verstärke. Vor diesem Hintergrund seien die bisherige ambulanten und stationären Massnahmen gescheitert. Die Prognose sei ungünstig (Urk. 8/91/1-2) .

Im Verlaufsbericht vom 7. September 2012 gab

Dr. D.____

an, zwischenzeitlich habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin weiter verschlechtert. Die Schmerzen, der Schwindel, die Angst und die Depression hätten weiter zugenommen. Die Beschwerdeführerin wirke zunehmend hilflos und ziehe sich immer stärker zurück. Ausserhalb der Wohnung träten soziophobische Ängste auf. Die Depression erreiche ein mittelschweres bis schweres Ausmass ein schliesslich passiver Sterbewünsche. Auf Empfehlung des Gutachters Dr. Z.____ sei nochmals ein Behandlungsversuch mit Trimipramin unternommen worden; dieser habe wegen Nebenwirkungen aber nicht erfolversprechend durchgeführt werden können (Urk. 8/93/7-8) .

Vom 8. bis 19. Oktober 2012 absolvierte die Beschwerdeführerin in der Klinik F.____ eine stationäre psychosomatische Rehabilitation mit dem Ziel, eine bessere Schmerzverarbeitung zu erreichen, die Depression zu lindern und dem sozialen Rückzug entgegen zu wirken. Die behandelnden Ärzte – Dr. med. G.____, Fachärztin für Innere Medizin und Dr. med. H.____, Assistenzärztin – diagnostizierten im Austrittsbericht vom 6. November 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, eine Angst- und Panikstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine unklare Hyponatriämie (zu niedriger Natriumspiegel im Blut) bei Verdacht auf SIADH durch Trimipramin. Der Verlauf habe sich ausserordentlich schwierig gestaltet. Während sich die Beschwerdeführerin tagsüber relativ gut am Therapieprogramm beteiligen können, sei es nachts zu wiederholten Angstzuständen mit psychotischen Symptomen gekommen. Die festgestellte

Hyponatriämie sei nicht genügend ausgeprägt, dass damit die psychische Symptomatik erklärt werden könnte. Der notwendige pflegerische Aufwand in der Nacht sei für die Klinik zu hoch gewesen. Eine weiterführende stationäre psychotherapeutische Begleitung sei indiziert, werde jedoch momentan von der Familie abgelehnt

(Urk. 8/95/1-3) .

In weiteren Verlaufsberichten vom 29. Januar und 22. November 2013 hielt Dr. D.____ fest, die intensivierete ambulante Behandlung mit Trittico und Temesta habe keinen Erfolg gebracht und sei mit erheblichen Nebenwirkungen einher gegangen. Alle ambulanten, medikamentösen und stationären Behandlungen seien bisher ohne Erfolg geblieben oder hätten wegen Unverträglichkeit abgebrochen werden müssen. Im Lauf der Zeit sei es zu einer stetigen Zustands - verschlechterung gekommen. Zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung bestehe bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche, therapeutisch nicht beherrschbare psychische Komorbidität im Sinne depressiver Zustände leichten bis schweren Grades mit Sterbewünschen, Angst, Hyperventilation und ausgeprägtem sozialem Rückzug. Wegen des chronischen Leidens sei es zusätzlich zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung gekommen. Die Beschwerdeführerin verfüge nicht über die nötigen Ressourcen, um von einer intensivierten therapeutischen Behandlung profitieren zu können. Bei der Erledigung der Hausarbeit sei sie auf die Unterstützung von Familienangehörigen angewiesen. Es bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/101, Urk. 8/107) . 4 .3.2

Gestützt auf die ihm von der IV-Stelle zugestellten Akten und seine Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 23. Januar 2015 erstellte Dr. A.____ das psychiatrische Gutachten vom 20. Februar 2015. Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin angab, in den letzten Jahren immer wieder depressiv gewesen zu sein. Seit fünf Jahren gehe es ihr gesundheitlich immer schlechter. Nun gehe es ihr seelisch schlecht, es werde ihr öfter schwindlig, ihr sei oft schlecht und sie habe Schmerzen an der ganzen linken Körperhälfte, an den Schultern und am Rücken, welche sehr unangenehm und stark und immer da seien. Sie zittere oft am ganzen Körper, der Mund und die Lippen seien taub, es sei wie Ameisenlaufen. Sie habe das Gefühl, dass der Mund trocken sei und sie nicht atmen könne, ihr Herz schlage oft schnell und sie schwitze auch oft. Sie habe oft ein komisches Gefühl und die Sorge, dass sie nicht bis zum Abend oder bis zum nächsten Morgen überleben werde. Sie habe viele Ängste und wisse nicht genau warum. In der Nacht habe sie oft Alpträume und sei mit negativen Gedanken beschäftigt. Wenn sie aufwache, könne sie oft nicht direkt unterscheiden, was Traum und was Realität sei. Sie habe im Bauch ein grosses Problem, traue sich aber nicht zur Untersuchung zu gehen, und sie habe Angst vor einer Operation. Sie habe Angst in der Nacht. Im Dunkeln habe sie ab und zu das Gefühl, es komme jemand und stelle sich neben sie. Nachts höre sie ab und zu Stimmen. Manchmal denke sie, es rufe jemand an, obwohl dies nicht der Fall sei. Arbeiten könne sie aufgrund ihrer Beschwerden und der vielen Ängste sicher nicht mehr. Zum Tagesablauf gab die Beschwerdeführerin an, sobald der Ehemann und die Kinder am Morgen das Haus verlassen hätten, kümmere sich die Schwiegertochter um sie. Wenn die Schwiegertochter gehe, komme ihre Tochter und sei bei ihr. Alleine könne sie nicht bleiben. Sie sitze meist in der Stube und habe keine Beschäftigung, schaue TV.

Den Haushalt besorge die Schwiegertochter, sie koche auch. Sie selbst könne diese Arbeiten im Haushalt nicht mehr erledigen. Am Nachmittag gehe sie mit der Schwiegertochter spazieren. Nach dem Abendessen gehe sie mit ihrem Mann noch einmal

kurz spa zieren (Urk. 8/140 /18-20).

Dr. A.____ beobachtete anlässlich der Exploration, dass die Beschwerdeführerin insgesamt eher wenig kooperativ war . Zu Beginn habe sie versucht, die Beantwortung konkreter Fragen zu vermeiden, indem sie mehrfach aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbare Gedächtnislücken angegeben habe. So habe sie zum einen angegeben, nicht genau zu wissen, wie alt ihre Kinder seien, habe aber kurze Zeit später ganz konkrete Angaben zu den aktuellen Aktivitäten ihrer Kinder und zu anderen ihr wichtigen Themen machen können. Nach mehrmaligem Nachfragen der Dolmetscherin sei sie auch in der Lage gewesen, ihr Geburtsdatum und das aktuelle Datum anzugeben. Hinweise auf relevante Gedächtnisstörungen oder Defizite der Merkfähigkeit hätten nicht bestanden. Bei guter Realitätsprüfung und Kritikfähigkeit in der aktuellen Untersuchungssituation hätten keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Wahnleben oder Halluzinationen bestanden. Auch hätte nichts auf das Bestehen einer psychotischen Störung des Ich-Erlebens hingedeutet. Hingegen hätten sich Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit passiv-aggressiven und histrionisch -unreifen Anteilen ergeben. Ferner hätten leichte Defizite der sozialen Kompetenzen, insbesondere der Konfliktfähigkeit bei einem eigentlich recht guten Abgrenzungsvermögen eruiert werden können. Bei einem vorrangig somatisch orientierten Krankheitskonzept bestehe eine ambivalente Motivation für eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine adäquate Psychopharmakotherapie . Aufgrund der deutlich eingeschränkten Compliance und Motivation der Beschwerdeführerin und der deutlichen Hinweise auf Aggravationstendenzen sei bei den neuropsychologischen Testverfahren auf die Erhebung von nicht ausreichend validierten und nicht verifizierbaren Selbstbeurteilungsskalen wie etwa das Beck Depression Inventar BDI verzichtet worden. Im Rahmen der Begutachtung sei als besser validierter Test die „Hamilton Rating Scale

for Depression“ HAMD angewendet worden. Diese habe 15 Punkte, entsprechend einer leichten Depression, ergeben (Urk. 8/140/21-23).

In der abschliessenden Beurteilung wies Dr. A.____ darauf hin, der Unfall, der laut den Vorakten zur ersten Krankenschreibung geführt habe, sei von der Beschwerdeführerin gar nicht mehr erwähnt worden. Die Untersuchung habe eine leichte depressive Symptomatik ergeben. Hauptfokus der Beschwerdeschilderung seien diffuse, unspezifische Schmerzen mit wechselnden Lokalisationen , Schmerzen nach Anstrengungen und eine unspezifische vermehrte Erschöpfbarkeit . Dadurch fühle sich die Beschwerdeführerin subjektiv in ihrer alltäglichen Lebensführung stark eingeschränkt. An ihrer Sichtweise halte sie seit mehreren Jahren unbeirrt fest. In ihrem subjektiven somatischen Krankheitskonzept werde sie von ihrem Hausarzt, ihrem Psychiater und ihrer Rechtsvertreterin unterstützt. Die während der Untersuchung angegebenen Gedächtnislücken seien wechselhaft und keinesfalls logisch nachvollziehbar gewesen, mit plötzlich schweren kognitiven Defiziten, welche kurze Zeit später nicht mehr nachweisbar gewesen seien. Eine derart fluktuierende Symptomatik sei bei den gängigen psychiatrischen Krankheitsbildern nicht bekannt. Auch der behandelnde Psychiater Dr. D.____ habe auf konkrete Anfrage des Gutachters, Dr. A.____ , das Vorliegen einer dementiellen oder hirnorganischen Entwicklung oder einer sonstigen somatischen Erklärung für dieses Phänomen verneint. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Symptome von Vergesslichkeit und Gedächtnisstörungen könnten nicht als Teil der depressiven Störung anerkannt werden. Vielmehr könne die beobachtete Verweigerung von anamnestischen Angaben am ehesten mit passiv-aggressiven und unreifen

Persönlichkeitszügen oder mit Tendenzen zu einem manipulativen Verhalten erklärt werden, wenn sie nicht eher als über aggravierendes Verhalten deutlich hinausgehendes täuschendes Verhalten einzuordnen seien.

Diagnostisch sei aufgrund der Anamnese, der Vorakten und der aktuellen objektiven Untersuchungsbefunde von einer rezidiierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode (ICD-10: F 33.0) – bisher ohne Chronifizierung der depressiven Symptomatik – auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Anteilen (ICD-10: Z 73.1) auszugehen. Dass keine mittel schwere oder schwere depressive Symptomatik vorliege, sei auch daran zu erkennen, dass die Angehörigen solchenfalls in der Regel mit der häuslichen Betreuung überfordert seien und einer stationären Behandlung gerne zustimmen, was bei der Beschwerdeführerin nicht zutreffe. Das auffällige Verhalten der Beschwerdeführerin könne mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen und einer ganzen Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren erklärt werden. Darauf habe der Vorgutachter nicht genug deutlich hingewiesen. Es seien vor allem die subjektiven Beschwerden, welche dazu führten, dass die Beschwerdeführerin sich nicht in der Lage sehe, ihre Aufgaben in Beruf und Familie wie früher auszuüben. Eine manifeste, kombinierte Persönlichkeitsstörung liege nicht vor, da nur ein Teil der dafür nötigen dysfunktionalen Verhaltensmuster gegeben sei, also lediglich von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit passiv-aggressiven und histrionischen Anteilen gesprochen werden könne. Werde in der Psychotherapie auf die dysfunktionalen Verhaltensmuster nicht eingegangen, verstärkten sich diese immer weiter. Dies sei bei der Beschwerdeführerin zu beobachten. Es sei zu befürchten, dass der behandelnde Psychiater diese Problematik nicht gesehen und in der Therapie nicht berücksichtigt habe. Die psychosomatische Behandlung in der Klinik F. ___ sei schon nach zehn Tagen abgebrochen worden, weil sich das manipulative und demonstrative Krankheitsverhalten der Beschwerdeführerin nach Eintritt sehr verstärkt habe. Da die Psychosomatik in dieser Klinik von Internisten geführt werde und kein Psychiater an der Behandlung beteiligt gewesen sei, verwundere es nicht, dass in Bezug auf die psychiatrische Diagnostik eine Unsicherheit bestanden habe und das Verhalten der Beschwerdeführerin nicht adäquat eingeschätzt werden können. Immerhin hätten diese Ärzte eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik empfohlen, was vom ambulanten Psychiater Dr. D. ___ in der Folge aber nicht umgesetzt worden sei. Symptome, welche auf das Vorliegen der früher vermuteten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung hindeuteten, hätten nicht erhoben werden können. Die Schmerzsymptomatik sei in der aktuellen Untersuchung, entgegen der sich dem Vorgutachter Dr. Z. ___ präsentierenden Situation, erheblich gewesen und müsse entsprechend diagnostisch gewürdigt werden, weil sich die Beschwerdeführerin aus ihrer subjektiven Sicht insbesondere durch die diffusen Schmerzen in der Bewältigung ihrer Aufgaben eingeschränkt sehe. Da die Schmerzen angesichts der geringen somatischen Einschränkungen aus somatischer Sicht nicht erklärbar seien, sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) zu diagnostizieren. Weitere psychische Störungen wie eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, eine dementielle oder eine hirnrorganische Entwicklung hätten anhand der objektiven Untersuchungsbefunde ausgeschlossen werden können. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, da die Förster-Kriterien aus psychiatrischer Sicht nicht vorlägen. Hinsichtlich der depressiven Störung könne bei der zumutbaren Wahrnehmung einer adäquaten und konsequenten psychiatrischen Behandlung bereits nach kurzer Zeit eine Besserungstendenz angenommen werden, so dass

keine chronische psychiatrische Begleiterkrankung vorliege. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege sicher nicht vor. Den geschilderten Alltagsaktivitäten sei eine ganze Reihe ausbaufähiger Ressourcen zu entnehmen, sei die Beschwerdeführerin doch in der Lage, täglich Spaziergänge zu machen und verschiedene weitere positive Aktivitäten zu pflegen. Ausserdem verfüge sie über eine knapp durchschnittliche Intelligenz. Aus psychiatrischer Sicht könnte sie auch mehr im Haushalt mitarbeiten, müsste dies aber nicht, weil ihr die Töchter und Schwiegertochter viel Arbeit abnehmen, was in ihrer Kultur üblich sei. Ein primärer Krankheitsgewinn liege nicht vor, vielmehr sei von einem hohen sekundären Krankheitsgewinn und einer ambivalenten Psychotherapiemotivation auszugehen. Das Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin werde von den Angehörigen akzeptiert und unterstützt. Sie habe sich in ihrer Krankheitsrolle eingerichtet und sich ein umfassendes Hilfesystem in ihrer Familie aufgebaut. Als therapeutische Option sei die Fortführung einer adäquaten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung inklusive Fortführung der antidepressiven Medikation zu empfehlen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen in der Psychotherapie mit klaren Zielvereinbarungen, dem Aufbau von Strategien zur Stressbewältigung und zum Abbau von innerer Anspannung, mit der Förderung der Entspannungsfähigkeit sowie mit Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz, insbesondere der Interaktions- und Konfliktfähigkeit, sei anzuraten. Auch sollte mit der Beschwerdeführerin ein nachvollziehbares psychosomatisches Krankheitsmodell erarbeitet und besprochen werden, und, falls gewünscht, eine stationäre psychosomatische Rehabilitation in einer geeigneten psychosomatischen Klinik durchgeführt werden, um ihr zu ermöglichen, schrittweise ihr dysfunktionales Verhalten aufgeben zu können. Zusammenfassend erscheine der Beschwerdeführerin die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung, um ihre somatoformen oder psychosomatischen Beschwerden zu überwinden und wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen, als möglich. Es hätten keine psychischen Störungen festgestellt werden können, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigten. Es bestehe eine relativ gute Auffassungsgabe bei einer nur leicht verminderten Ausdauer. Auch habe eine gute Durchhaltefähigkeit und eine stabile Selbstbehauptungsfähigkeit bei der Ablehnung der ihr grösstenteils unangenehmen Fragen anlässlich der Exploration erhoben werden können, die Beschwerdeführerin habe sich in ihrem Krankheits- und Vermeidungsverhalten nicht verunsichern lassen (Urk. 8/140/24-31).

In der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin von November 2007 bis zur zweiten Begutachtung durch Dr. Z.____ im Januar 2012 nicht arbeitsunfähig gewesen. Ab Januar 2012 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestanden, wobei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit spätestens Mitte 2014 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei. Ideal dem Leiden angepasste Tätigkeiten seien solche mit normalen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, die emotionale Belastbarkeit und die sozialen Kompetenzen. Die Einschätzung der Beschwerdeführerin, nicht arbeitsfähig zu sein, sei nicht nachvollziehbar. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müssten weit über Verdeutlichungen hinausgehende Tendenzen zu deutlicher Aggravation, wenn nicht gar zu Täuschungsversuchen und ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn, ein dysfunktionales Krankheitsverhalten und eine ganze Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren, welche IV-fremd seien, berücksichtigt werden (Urk. 8/140/32-33).

Der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. D.____, dass eine mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik vorliege, könne nicht gefolgt werden. Dr. D.____ habe die grundlegende Frage nach der Ätiologie der depressiven Störung nicht beantwortet. Fraglich sei nämlich, weshalb bei einer Frau, welche bis 2007 immer psychisch gesund gewesen sei und nun seit Jahren von sämtlichen Aufgaben beruflicher und privater Natur entlastet sei, eine stetig sich steigernde depressive Symptomatik entstanden sei. Es sei davon auszugehen, dass der behandelnde Psychiater in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fast ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt habe und die psychosozialen Belastungsfaktoren einbezogen habe, was einem üblichen therapeutischen Vorgehen auf Basis des biopsychosozialen Krankheitsmodells entspreche. Sodann habe er Aussagen zu Gunsten seiner Patientin gemacht, und es fehle in seinen Berichten die zur Erklärung des ungewöhnlichen Verhaltens der Beschwerdeführerin sehr relevante Persönlichkeitsdiagnostik. Hinsichtlich der Beurteilung der Ärzte der Klinik F.____ sei zu beachten, dass diese Ärzte keine Psychiater und somit mit der psychiatrischen Diagnostik nicht vertraut seien. Sodann hätten sie keine Befunde genannt, aufgrund welcher die von ihnen gestellte Diagnose einer „schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen“ nachvollzogen werden könne. Das scheinbar auffällige Verhalten der Beschwerdeführerin während des kurzen Aufenthalts in dieser Klinik lasse sich am ehesten mit den passiv-aggressiven und histrionisch-unreifen Persönlichkeitszügen und einer deutlich eingeschränkten Therapiemotivation erklären. Dies sei von den Ärzten jedoch nicht erkannt worden (Urk. 8/ 140/ 34-35) .

Abschliessend merkte Dr. A.____ an, möglicherweise sei bei Bekanntgabe von Entscheidungen der IV-Stelle, mit welchen die Beschwerdeführerin nicht einverstanden sei, aufgrund ihrer akzentuierten Persönlichkeitszüge mit vorübergehenden Störungen der psychischen Befindlichkeit zu rechnen, welche aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine andauernde, IV-relevante Verschlechterung des psychischen Zustands darstellten (Urk. 8/140/37) .

In der ergänzenden Stellungnahme zu den von der Beschwerdeführerin im Vorbescheid gegen das Gutachten vom 20. Februar 2015 erhobenen Einwänden (Urk. 8/152; vgl. auch Urk. 8/154) führte Dr. A.____ aus, die nicht in seiner Expertise aufgeführten, einzelnen Items des Hamilton Tests seien im Internet, etwa über Google, einsehbar. Bei der Beschwerdeführerin bestehe keine Vergesslichkeit, wobei eine solche kein Symptom einer Depression, sondern einer Demenz sei. Hinsichtlich der Vermutung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, dass die Schwindelsymptomatik eine Medikamentennebenwirkung sein könnte, sei zu beachten, dass die regulär bei einer Depression zum Einsatz gelangenden Medikamente in der Regel keinen Schwindel hervorrufen würden. Falls es in seltenen Ausnahmefällen doch zu Schwindel kommen sollte, gebe es genügend Behandlungsalternativen. Da die depressive Symptomatik behandelbar sei, könne damit keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden (Urk. 8/157). 4

Der Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin, berichtete am 18. September 2015 über den gesundheitlichen Verlauf. Laut Dr. B.____ löste das Gutachten von Dr. A.____ bei der Beschwerdeführerin viel Hoffnungslosigkeit aus. Sie beklage ein unverändertes Schmerzmuster. Gemäss Aussagen der Tochter habe die Gedächtnisfunktion der Beschwerdeführerin stark nachgelassen. Sie sei oft vergesslich und es sei auch schon zu gefährlichen Situationen gekommen, als sie etwa das Wasser in der Küche nicht abgestellt

habe und es zu kleineren Überschwemmungen gekommen sei. Die Wahrscheinlichkeit sei sehr hoch, dass die Gedächtnislücken Folge des psychischen Zustandsbildes seien. Diesbezüglich werde noch eine neurologische Abklärung erwäuert, um eine Demenz auszuschliessen (Urk. 8/160) . 4.3.4

Med. pract . C.____ vom RAD würdigte das Gutachten von Dr. A.____ vom 20. Februar 2015 aus versicherungspsychiatrischer Sicht in seiner Stellungnahme zu Handen der IV-Stelle vom 20. November 2015. Dabei hielt er fest, das Gutachten sei hinsichtlich der Einordnung der depressiven Symptome nachvollziehbar. Dem Gutachter könne hingegen nicht gefolgt werden, soweit dieser eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe. Bei der Diagnosestellung habe er sich nämlich nicht nach den ICD-Kriterien gerichtet. Aus psychiatrischer Sicht reiche es nicht, dass keine somatische Ursache für die Schmerzen gefunden worden sei. Vielmehr verlange die ICD für diese Diagnose einen „andauernden, schweren und quälenden Schmerz“ in „Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen“. Ursächliche emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen fehlten aber. Aus der jahrelangen, von der Familie unterstützten Schonung der Beschwerdeführerin habe sich eine Dekonditionierung entwickelt, welche sich in den von der Beschwerdeführerin geschilderten orthostatischen Beschwerden, einer Dekonditionierung des Bewegungsapparates mit muskulären Atrophien und Fehlhaltungen sowie verstreuten Schmerzen am ganzen Körper, meist am Rücken, zeige. Eine Dekonditionierung sei häufig auch mit Besorgtheit und leichten Ängsten verbunden. Solche, von der Beschwerdeführerin ebenfalls geschilderte Angstreaktionen führten typischerweise zu den geschilderten Symptomen wie Tachykardie, trockener Mund, Kribbeln, Taubheit um den Mund sowie oft auch an den Händen und Schwindel. Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Schwindel könne mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge der Atemnot und als orthostatische Reaktion erklärt werden, wobei beide Symptome bei ihr mild ausgeprägt seien und mit mehr körperlicher Bewegung und Anstrengung kuriert werden könnten. Angesichts der weitgehenden Entpflichtung und Einnahme der Krankenrolle innerhalb der Familie wäre es auch nicht weiter verwunderlich, wenn die Beschwerdeführerin immer weniger Verantwortung übernehme und sich beispielsweise um offene Wasserhähne oder ähnliches nicht kümmere. Diesbezüglich könne also nicht von einer Vergesslichkeit gesprochen werden. Zudem sei Vergesslichkeit nicht ein Symptom einer Depression, sondern von einer Demenz. Insgesamt könne, trotz der diagnostischen Unschärfe bei der somatoformen Schmerzstörung, dem Gutachter Dr. A.____ in seiner Beurteilung, dass keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestehe, gefolgt werden (Urk. 8/164/5-7). 5 . 5 . 1

Die Erwägungen im Rückweisungs Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00869 vom 21. Februar 2014 sind sowohl für die Verwaltung wie auch für das Gericht verbindlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2010 vom 15. Februar 2011 , E. 7.1.1).

Zu prüfen ist, ob sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verneinung eines Rentenanspruchs mit der Verfügung vom 16. November 2009 (Urk. 8/38) , bestätigt durch das in Rechtskraft erwachsene Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2010.00002 vom 25. Juli 2011 (Urk. 8/53; vgl. auch Urk. 8/55/2) , wesentlich verändert hat. Dabei ist auch strittig, ob dem von der IV-Stelle in Nachachtung der Anweisungen im Rückweisungs Urteil IV.2012.00869 eingeholten Gutachten von Dr. A.____ vom 20. Februar 2015 (Urk. 8/140) Beweiskraft zukommt.

E. 21

Items des Hamilton-Tests vom Gutachter auf Seite 23 aufgezählt werden

und zudem auch im Internet, etwa über Google, eingesehen werden können. Ferner hat Dr. A.____ das Vorgehen bei der Testung ausführlich erklärt (Urk. 8/140/23) und die Art und Schwere der von ihm erhobenen - und mit der Hamilton-Skala gewürdigten - depressiven Symptome in seinem Gutachten auf den Seiten 21 und 22 eingehend dargelegt (Urk. 8/140/21-22, urk. 8/140/25). Damit kann das Testergebnis von 15 Punkten ausreichend nachvollzogen werden.

Dass Dr. A.____ im Gegensatz zu seinem Vorgutachter Dr. Z.____ keinen Aufmerksamkeits-Belastungs-Test und keinen Konzentrations-Verlaufs-Test durchführte, kann ebenfalls damit erklärt werden, dass die Durchführung dieser Tests aufgrund der deutlich eingeschränkten Compliance und Motivation der Beschwerdeführerin zu nicht ausreichend validen und objektiven Ergebnissen geführt hätte. Zudem stellte der Gutachter anlässlich des Untersuchungsgesprächs diesbezüglich aus objektiver Sicht keine Besonderheiten fest (Urk. 8/140/21-22).

Im Übrigen wies bereits

Dr. Z.____ in seinem Verlaufsgutachten vom 24. Januar 2012 darauf hin, die durchgeführte testpsychologische Untersuchung habe sowohl beim Aufmerksamkeits-Belastungs-Test als auch beim Konzentrations-Verlaufs-Test deutlich unterdurchschnittliche Resultate ergeben, welche mit der objektiven Befunderhebung anlässlich der Exploration nicht übereinstimmten (Urk. 8/66/6-7).

Sodann konnte Dr. A.____ aufgrund seiner eigenen Untersuchungsbefunde (Urk. 8/140/21-22) und der Vorakten das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, einer bipolaren affektiven Störung, einer dementiellen oder hirnrorganischen Entwicklung sowie weiterer psychischer Störungen ausschließen. Weitere Tests waren mangels erheblicher Hinweise für das Vorliegen entsprechender Krankheiten entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht nötig. Das teils auffällige Verhalten und die angegebenen Symptome, welche auf eine psychotische oder ähnliche Störung hindeuten könnten, wurden von Dr. A.____ überzeugend mit den passiv-aggressiven und unreifen Persönlichkeitszügen der Beschwerdeführerin beziehungsweise mit Tendenzen zu einem manipulativen Verhalten erklärt. Der Einwand der Beschwerdeführerin, der psychiatrische Gutachter Dr. A.____ habe zu Unrecht keine neurologischen Tests durchgeführt, ist nicht nachvollziehbar und vermag seine Beurteilung nicht zu erschüttern.

Dass der von der Beschwerdeführerin geklagte Schwindel Folge des Medikamentenkonsums sei, stellt eine bloße Behauptung ihrer Anwältin dar. Med. pract.

C.____ vom RAD legte dar, dass der Schwindel typischerweise Folge der Dekonditionierung und der damit verbundenen leichten Ängste der Beschwerdeführerin sei, wobei diese Symptomatik mit mehr körperlicher Bewegung und Anstrengung kuriert werden könne (Urk. 8/164/5-7). In die gleiche Richtung gehen die Ausführungen von Dr. Z.____ in seinem Gutachten vom 24. Januar 2012 (Urk. 8/66/7). Dr. A.____ seinerseits wies darauf hin, dass es genügend Behandlungsmöglichkeiten gebe, falls es in einem der seltenen Ausnahmefälle wegen der antidepressiven Medikation zu Schwindel komme (Urk. 8/157).

Es besteht kein Grund, nicht auf diese ärztlichen Stellungnahmen abzustellen.

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