

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00596 vom 15. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00596

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00596 du 15 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00596 del 15 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Am 3. Februar 2012 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte

bei der IV Stelle erneut zum Leistungsbezug an und machte sinngemäss eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (Urk. 11/43). Die IV-Stelle trat - nach anfänglich negativem Vorbescheid (Urk. 10/52) - auf die Neuankündigung ein und liess die Beschwerdeführerin im Rahmen weiterer medizinischer Abklärungen bei der Medas Z.____ (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie) begutachten. Mit Eingabe vom 27. Februar 2014 brachte die Versicherte Einwendungen gegen die Gutachterstelle sowie gegen Dr. med. A.____, FMH Neurologie, sowie Dr. med. B.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vor (Urk. 11/93). Mit Zwischenverfügung vom 15. April 2014 hielt die IV-Stelle an der Abklärungsstelle und an Dr. B.____ fest (Urk. 11/95). Die Z.____ erstattete ihr polydisziplinäres Gutachten am 5. November 2014 (Urk. 11/100). Nachdem die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. Januar 2015 Stellung zum Gutachten genommen hatte (Urk. 11/106), holte die IV-Stelle bei der Gutachterstelle eine ergänzende Stellungnahme ein (Urk. 11/108), welche am 7. Juli 2015 aufgelegt wurde (Urk. 11/110). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 2. Oktober 2015 [Urk. 11/114], Einwand vom 4. November 2015 [Urk. 11/117], Verfügung vom 11. November 2015 [Urk. 11/118], wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung am 16. November 2015 [Urk. 11/121], Einwand vom 7. Januar 2016 [Urk. 11/129]) verneinte die IV Stelle mit Verfügung vom 19. April 2016 einen Leistungsanspruch (Urk. 2 [= Urk. 11/133]).

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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. 1.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

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

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten

abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 23. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Arbeitsfähigkeit sei mittels einer BEFAS-Abklärung abzuklären; eventuell sei die Arbeitsfähigkeit mittels eines den Ansprüchen der Rechtsprechung genügenden Gutachtens abzuklären; subeventualiter sei der Versicherten eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 15. Juni 2016 substantiierte die Beschwerdeführerin ihre Bedürftigkeit (Urk. 6-8/5-6). Mit Beschwerdeantwort vom 4. August 2016 beantragte die Beschwerdeführerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was der Beschwerdeführerin unter gleichzeitiger Abweisung des Gesuchs um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels mit Verfügung vom 8. August 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, es könne auf das polydisziplinäre Gutachten vom 5. November 2014 abgestellt werden. Der gutachterlich erhobene Befund spreche gegen eine namhafte psychische Störung, wie Depressivität oder eine Antriebsstörung. Sodann spreche auch eine ausreichende Alltagsselbständigkeit gegen eine behinderungsrelevante depressive Störung (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde dagegen vor, auf das Gutachten der Z.____ dürfe aufgrund von Befangenheit des Gutachters Dr. B.____ nicht abgestellt werden. Die gutachterlichen Untersuchungen seien nicht umfassend gewesen. Einerseits hätten das Restless-Legs-Syndrom und die damit zusammenhängende Müdigkeit der Beschwerdeführerin keinen Eingang in das Gutachten gefunden, andererseits hätte zur Beurteilung des Vorliegens von ADHS eine Laboranalyse stattfinden müssen. Ebenso fehle eine Auseinandersetzung mit der Thematik der adulten ADHS und es seien im Zusammenhang mit dem Morbus Crohn die Hämoglobin- und Ferritinwerte nicht überprüft worden, genauso fehle auch eine Überprüfung der Schilddrüsenwerte. Ferner sei die Intelligenz ohne eigene Testungen als durchschnittlich bezeichnet worden, dies ohne Berücksichtigung der Testergebnisse des C.____ von November 2011 und der Biografie der Beschwerdeführerin. Ausserdem sei die Anamnese nur ungenügend erfasst worden, es hätte die Pflegemutter der Beschwerdeführerin befragt und auch ein Bericht des D.____ hinsichtlich der gescheiterten Eingliederungsmassnahme eingeholt werden müssen. Neben den psychischen Einschränkungen leide die Beschwerdeführerin seit einiger Zeit neu auch an einer ophthalmologischen Erkrankung und bereite der Morbus Crohn wieder Beschwerden (Urk. 1). 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Im Zeitpunkt der erstmaligen rechtskräftigen Abweisung des Leistungsbegehrens mit Verfügung vom 30. März 2011 (Urk. 11/41) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.1.1

Dem Austrittsbericht der E.____ vom 29. November 2010 zu Händen des Hausarztes der Beschwerdeführerin (Urk. 11/21/5-14) kann entnommen werden, die Beschwerdeführerin leide an einem psychophysischen Erschöpfungszustand (ICD-10 F48.0), einer reaktiven Depression (ICD-10 F33.1), an somatoformen Störungen mit wechselnder Schmerzsymptomatik im Gelenk- und Wirbelsäulenbereich (ICD-10 F45.1), an einem bekannten Morbus Crohn (Erstdiagnose 2001), an einer Insertionstendopathie im Bereich der hüftstabilisierenden Muskeln und beginnenden Hüftarthrose links bei Impingement-Konfiguration (ICD-10 F54.0, K50.9). Die Beschwerdeführerin sei vom 11. Oktober bis am 8. November 2010 in der E.____ hospitalisiert gewesen und ab dem 16. November 2010 zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/21/5, Urk. 11/21/7).

E. 3.1.2

Dr. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2011 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/31) fest, es bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit wegen somatoformer Beschwerden, wechselnder SZ-Symptomatik Wirbelsäule/Gelenke, depressiver Verstimmung sowie eines psychophysischen Erschöpfungszustands, wobei dieser phasenweise stabil und dann wieder dekompensierend sei. Der Morbus Crohn sei erfreulich stabil, weshalb mit Blick darauf keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 11/31/2).

E. 3.2

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.2.1

Dem polydisziplinären Gutachten der Z.____ vom 5. November 2014 (Urk. 11/100) ist folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 11/100/33-34): - beginnende Coxarthrose auf Basis einer dysplastisch angelegten Hüfte links (ICD-10 M16.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden (1) hypertensive Blutdruckwerte, (2) ein Refluxleiden, unter Pantozol beschwerdefrei, (3) Nikotinkonsum, (4) eine chronische Bronchitis, (5) eine Rhinitis allergica, (6) ein Morbus Crohn, Erstdiagnose 2001, seit Jahren beschwerdefrei, (7) ein geringes Defektsyndrom (Abschwächung des Kennreflexes) nach Wurzelkompression von C7 links (2007), (8) eine Insertionsdystonie der hüftstabilisierenden Muskulatur (ICD-10 Q76.4) sowie (9) ein mögliches adultes ADHS festgehalten (Urk. 11/100/34).

In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter sodann aus, in Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktendaten kämen sie gemeinsam zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei per sofort in der zuletzt ausgeübten, der erlernten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts, auf 100 % zu schätzen (Pensum und Rendement 100 %). Somatisch ergebe sich lediglich ein Anhalt für eine beginnende Coxarthrose links, was medizinisch-theoretisch körperlich häufig schwere Arbeiten ausschliesse. Auf psychiatrischem Gebiet bestehe unter der derzeitigen Medikation keine namhafte Störung. Für die beklagten Beschwerden habe sich kein hinreichendes behinderungsrelevantes Korrelat ergeben. Die Beschwerdeführerin sei hier im Rahmen der mehrstündigen Untersuchung wach, orientiert, attent, eloquent, konzentriert, nicht ermüdend, mnestisch und in der Auffassung sicher gewesen und habe nicht schmerzgeplagt gewirkt. Die spontane Mobilität habe frei und ungehindert imponiert. Die anamnestic Angaben sprächen für eine ausgesprochen rege Freizeitaktivität (unter anderem Tanzen) und eine selbständige Lebensführung. Allenfalls könne die bis herige Alimentierung der Beschwerdeführerin zu einer allgemeinen Verunsicherung und passiven Grundhaltung geführt haben, die sich durch die Aufnahme einer Arbeit aufheben lasse. Eine Arbeitsaufnahme sei aktenkundig bereits befürwortet worden. Hierzu werde auf die Berichte der E.____ vom 8. und 29. November 2010

verwiesen (Urk. 11/100/32). Die aktenkundig vorangehend attestierte höhergradige Depressivität liege ausweislich des gutachterlich AMDP-konform erhobenen Befundes nicht mehr vor, hier sei also zumindest eine deutliche Besserung zu konstatieren, insbesondere bestünden keine tiefe Traurigkeit, kein Antriebs- und kein Interessenverlust. Die definierenden ICD-10 Hauptkriterien eines namhaften depressiven Syndroms bestünden nicht (mehr). Auch die übrigen aktenkundig erwogenen Diagnosen (unter anderem ADHS, Anpassungsstörung, somatoforme und neuropsychologische Störung) seien allenfalls spekulativ, da sie von der von den Vorbewertern gleichzeitig attestierten namhaften Depressivität qua definierender Symptomatik mehrheitlich gar nicht abgrenzbar seien. Wesentlicher sei hier, dass die jetzige polydisziplinäre Begutachtung keine namhafte Störung (mehr) zeige und anamnestic korrelierend eine rege Alltagsaktivität bestehe (Urk. 11/100/33).

E. 3.2.2

In der ergänzenden Stellungnahme der Z.____-Gutachter vom 7. Juli 2015 (Urk. 11/110) hielten diese fest, dem Bericht von Dr. med. G.____, Praktische Ärztin sowie FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Juni 2014 fehle ein den versicherungsmedizinischen Mindestanforderungen genügender psychiatrischer Befund nach AMDP. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin versuche durch falsche Behauptungen, den Eindruck mangelhafter Gründlichkeit zu erwecken (Urk. 11/110/1-2). Auch den anderen Berichten könnten keine anhand objektiver Befunde belegten Störungen entnommen werden, es werde dabei vielmehr auf den subjektiven Beschwerdevortrag abgestellt. Ausweislich der objektiven Befundkriterien lägen keine namhafte Depressivität und Antriebsstörung mehr vor, die Achsenkriterien einer depressiven Episode seien nicht gegeben. Auch bestehe anamnestisch eine ausreichende Alltagsselbständigkeit (Führen des Haushalts, soziale Kontakte, Führen eines Pkws), was mit der Attestierung einer anhaltenden behinderungsrelevanten depressiven Störung nicht in Einklang zu bringen sei (Urk. 11/110/2).

E. 3.2.3

Im Bericht des H.____ vom 20. Januar 2015 (Urk. 11/105) wurde festgehalten, die aktuelle Medikation mit Concerta 36 mg, Venlafaxin

mepha 150 mg sowie Trittico 50 mg weise auf ausgeprägte Beschwerden hin (Urk. 11/105/1). Mittlerweile sei eine Abklärung eines möglichen ADHS im Erwachsenenalter erfolgt. Das Ergebnis der Tests sei recht eindeutig. Es bestätige die Befunde des C.____, welche bereits von neuropsychologischen Defiziten mit Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Hyperaktivität sowie exekutiver Funktionen, vereinbar u.a. mit einem ADHS, berichtet hätten. Das klinische Bild imponiere gegenwärtig durch eine deutliche Einschränkung der Aufmerksamkeit, welche bereits im Kindesalter vorhanden gewesen sei. Aktuell scheine die Beschwerdeführerin kaum in der Lage, planvoll und strukturiert einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Im Affekt zeige sich die Beschwerdeführerin deprimiert und ängstlich. Es sei aktuell von einer Exazerbation der psychischen Symptomatik auszugehen. Es zeigten sich zudem Denkstörungen, das formale Denken sei perseverierend, umständlich, eingeengt und zum Teil inkohärent. Es gebe inhaltliche Hinweise auf eine wahnhaft-entworfene Entwicklung mit Verfolgungswahn und Fremdbeeinflussungserleben. Dies habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung nicht geschildert, da sie die Erfahrung gemacht habe, häufig nicht ernst genommen zu werden. Die Beobachtungen der berichtenden Ärzte würden sich in mehrfacher Hinsicht nicht mit denjenigen der Gutachter decken (Urk. 11/105/2). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob seit dem negativen Entscheid vom 30. März 2011 (Urk. 11/41) eine Veränderung des Gesundheitszustands in psychischer und/oder somatischer Hinsicht eingetreten ist und - bei Bejahung eines Revisionsgrunds - ob die Auswirkungen der gesundheitlichen Leiden auf die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführer in nunmehr rentenbegründend sind. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. 4.2 4.2.1

Die Beschwerdeführerin machte zunächst geltend, der Gutachter Dr. B.____ sei befangen, da er die Beschwerdeführerin als Klinikarzt der E.____ bereits einmal beurteilt und behandelt habe (Urk. 1 S. 9). 4.2 .2

Es kann festgehalten werden, dass der Begutachtungsauftrag gestützt auf die anwendbaren Verordnungsbestimmungen nach dem Zufallsprinzip an die Z.____ vergeben worden war (vgl. Urk. 11/90). Des Weiteren wies die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin bereits am 19. Februar 2014 darauf hin, dass triftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person schriftlich eingereicht werden könnten (Urk. 11/91). Dies tat die Beschwerdeführerin mit Einlage vom 27. Februar 2014 (Urk. 11/93) und brachte vor, es würden die Gutachter Dr. A.____ und Dr. B.____ abgelehnt. Dabei wurde die Ablehnung von Dr. B.____ damit begründet, dass er den Facharztstitel für Rheumatologie nicht besitze, sondern lediglich denjenigen für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Von Befangenheit zufolge Vorbefassung war nicht die Rede. 4.2.3

Da formelle Einwendungen gegen eine Begutachtung so früh wie möglich geltend gemacht werden müssen, verstösst es gegen Treu und Glauben, Einwendungen dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn dies schon vorher möglich und zumutbar gewesen wäre (BGE 137 V 210 E).

6.1.1). Angesichts dessen, dass die Namen der Gutachter bereits zu Beginn und vor der Begutachtung bekannt waren, wäre es zumutbar gewesen, die angebliche Befangenheit von Dr. B.____ wegen Vorbefassung schon mit der Einlage vom 27. Februar 2014 zu rügen. Wäre diese Massgeblich gewesen, hätte sich die Beschwerdeführerin auch an ihn erinnert. Damit erscheint die beschwerdeweise vorgebrachte Rüge der Beschwerdeführerin als verspätet und ist sie nicht zu hören. 4.2.4

Selbst wenn von einer rechtzeitigen Rüge der Befangenheit auszugehen wäre, wäre eine solche von der Hand zu weisen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung schliesst die Tatsache, dass sich ein Sachverständiger schon einmal mit einer Person befasst hat, später dessen Beizug als Gutachter nicht schon zum vornherein aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5). Es erscheint hierbei offensichtlich, dass ein zu strenger Massstab für den Anschein der Betroffenheit die Auswahl von Sachverständigen generell derart erschweren würde, dass eine den medizinischen, rechtlichen und zeitlichen Anforderungen gerecht werdende Begutachtung kaum noch erfolgen könnte. Nach der Rechtsprechung kann ein Sachverständiger nicht allein deshalb abgelehnt werden, weil er den Exploranden schon früher einmal begutachtet hat (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

Den Akten sind keine konkreten Hinweise zu entnehmen, welche auf eine Befangenheit von Dr. B.____ hinweisen würden. Das rheumatologische Gutachten ist neutral und sachlich gehalten und es waren im Rahmen der aktuellen Begutachtung andere Fragen zu beantworten, als dies anlässlich des Klinikaufenthaltes der Beschwerdeführerin in E.____ der Fall war, während derselben die rheumatologischen Beschwerden auch nicht im Vordergrund standen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_35/2014 vom 16. Juni 2014 E. 2.3). Daran ändert auch das beschwerdeweise Vorbringen der Beschwerdeführerin, Dr. B.____ habe ihr gesagt, er dürfte sie eigentlich gar nicht begutachten, nichts, da gerade einzig aufgrund der Vorbefassung nicht auf Befangenheit des Gutachters geschlossen werden darf. Nicht zutreffend ist das Vorbringen, es sei bei der polydisziplinären Beurteilung durch die Z.____ massgeblich auf den besagten Bericht der E.____, welchen Dr. B.____ mitverfasst habe, abgestellt worden und andere Berichte seien ignoriert worden. Die rheumatologische Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin beruht auf umfassenden Untersuchungen am 1. Juli 2014 (Urk. 11/100/18-24) einschliesslich einer auswärtigen bildgebenden Untersuchung (Urk. 11/100/23 f.) und in

somatischer Hinsicht spielte der Bericht der E.____ vom 29. November 2010 (vgl. E. 3.1.1) keine Rolle. Ausserdem besteht in rheumatologischer Hinsicht keine widersprüchliche Aktenlage. 4.3

Das polydisziplinäre Gutachten vom 5. November 2014 (Urk. 11/100) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (vgl. E. 1.5). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzungen in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Sie legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Das Gutachten ist hinsichtlich der Befunderhebung detailliert und für die Beantwortung der sich stellenden Fragen umfassend. Dem polydisziplinären Gutachten der Z.____, an welche der Begutachtungsauftrag gestützt auf die anwendbaren Verordnungsbestimmungen nach dem Zufallsprinzip vergeben worden war (Urk. 11/90-92), kommt somit volle Beweiskraft zu.

4.4

4.4.1

Die Beschwerdeführerin brachte vor, das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ sei nicht umfassend, da keine Abklärung des Restless-Legs-Syndroms und der damit zusammenhängenden Müdigkeit stattgefunden habe. Ebenso sei keine Laboranalyse zur Abklärung des Vorliegens eines ADHS erfolgt und hätten im Zusammenhang mit dem Morbus Crohn die Hämoglobin- und die Ferritinwerte überprüft werden müssen, genauso wie auch standardmässig die Schilddrüsenwerte. Sodann sei eine gutachterliche Testung der Intelligenz unterblieben. 4.4.2

Vorwegzunehmen ist, dass wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen – gegebenenfalls nebst standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung bildet (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Inwiefern darüber hinaus beispielsweise fremd anamnestische Angaben (z.B. Bericht der D.____, Pflegemutter der Beschwerdeführerin) einzuholen sind, Laboranalysen oder weitergehende Testungen zu erfolgen haben, ist vom mit der Begutachtung zu beauftragenden Facharzt respektive der Fachärztin zu entscheiden. Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremd anamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann daher aus dem Umstand, dass von den Gutachtern keine Auskünfte bei der Pflegemutter der Beschwerdeführerin und auch kein Bericht des D.____ beigezogen wurden, nicht auf eine fehlende Beweiskraft der Expertise geschlossen werden. 4.4.3

Hinsichtlich des Restless-Legs-Syndroms ist zu bemerken, dass die Gutachter im Zeitpunkt ihrer Untersuchung vom Fehlen einer diesbezüglichen Symptomatik ausgegangen sind. In neurologischer Hinsicht erhoben sie keine entsprechenden Befunde (vgl. Urk. 11/100/14-17). Über die Restless-Legs-Symptomatik klagte die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Abklärung denn auch nicht (vgl. Urk. 11/100/13 f.). Dem Gutachten ist dies bezüglich vielmehr zu entnehmen, die

Beschwerdeführerin habe angegeben, sie könne mit Medikamenten durchschlafen (Urk. 11/100/27).

Im Rahmen der mehrstündigen gutachterlichen Abklärung sei die Beschwerdeführerin wach gewesen und habe keinen ermüdenden Eindruck gemacht (Urk. 11/100/32). Schlaflaborabklärungen wurden bisher keine durchgeführt (Urk. 11/42/2). Der aktuellste Bericht bezüglich des Restless- Legs -Syndroms stammt aus dem Jahr 2012 (Urk. 11/45), ein neuerer Bericht liegt den Akten nicht auf. Gemäss der Aktenanamnese hat die Beschwerdeführerin keine weitere Behandlung oder Beratung des Restless- Legs -Syndrom durch den Schlafspezialisten Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, gewünscht, wes halb die Behandlung an der J.____ im Jahr 2013 abge schlossen wurde (Bericht von Dr. I.____ vom 23. März 2013 [Urk. 11/100/5]). Eine weitere gutachterliche Abklärung der Restless- Legs -Symptomatik war demzufolge nicht angezeigt.

Zur ADHS-Problematik ist festzustellen, dass im polydisziplinären Gutachten lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt wurde, indem d as Vorliegen eines adulten ADHS als möglich bezeichnet

wurde. Stellungnehmend zu den Vor berichten der Behandler führten die Experten nachvollziehbar aus, die Diag nosen ADHS, Anpassungsstörung sowie somatoforme und neuropsychologi sche Störung seien allenfalls spekulativ, da diese von den von den Vorbewertern gleichzeitig attestierten namhaften Depressivität qua defi nierender Symptomatik mehrheitlich g ar nicht abgrenzbar seien (Urk. 11/100/34). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass d ie ICD-10 Krite rien nicht hinreichend erfüllt

seien und a ngesichts des blanden Befunds von einer ausreichenden Stabilisierung auszugehen sei (Urk. 11/100/31). Die Gut achter stellten schlüssig keine namhafte Störung mehr fest und gingen angesichts der schon früher spekulativen Diagnose des ADHS von einer Verbesserung der Befunde aus. Zwar klagte die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung über ADHS, es fehlten jedoch dazu passende – und letztlich massgebende – objektive klinische Befunde (Urk. 11/100/33). Auch der Bericht des H.____ vom 20. Januar 2015, welchem Ausführungen zum Vorliegen eines ADHS zu entnehmen sind, vermag mangels Nachvollziehbarkeit an der Beweiskraft des Z.____-Gutachtens nichts zu ändern. Im besagten Bericht werden keine dem Gutachten widersprechenden objektiven Befunde darge legt und die dem Gutachten entgegenstehende Einschätzung nicht begründet. Dem Bericht lässt sich sodann auch keine klare dem Gutachten entgegenste hende Arbeitsfähigkeitseinschätzung entnehmen (Urk. 11/105). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist in diesem Zusammen hang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hin blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag de r therapeutisch täti gen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztperso nen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vor behalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung auf drängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein

subjektiver Interpretation entspringende – 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, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Die Experten haben schlüssig begründet auch auf weitere Abklärungen des Morbus Crohn verzichtet, da die Beschwerdeführerin angab, bereits seit Jahren – letzter Schub im Jahr 2008 (Urk. 11/100/13) – keine Beschwerden mehr damit zu haben (Urk. 11/100/12, Urk. 11/100/34). Die Beschwerdeführerin nimmt auch keine entsprechenden Medikamente ein (Urk. 11/100/13). Dass sie „in letzter Zeit“ wieder Beschwerden habe – und auch das Vorliegen einer ophthalmologischen Erkrankung – (vgl. Urk. 1 Rz. 31) ist den massgeblichen Akten vor Verfügungserlass nicht zu entnehmen. Die internistischen Untersuchungsbefunde waren insgesamt unauffällig (Urk. 11/100/10-11) und als Beschwerdeführerin klagte über keine einschränkende Sehprobleme.

Die Intelligenz wurde unter Bezugnahme auf die biografischen Angaben der Beschwerdeführerin sowie deren sprachliche Differenziertheit schlüssig und in Einklang mit den Vorakten als durchschnittlich beurteilt. Es bestand somit keine Veranlassung, einen Intelligenztest durchzuführen, insbesondere auch deshalb, da es an Hinweisen auf eine Dyskalkulie oder Dysgraphie mangelte (Urk. 11/100/17). Der Bericht des C.____ vom 16. Dezember 2011 (Urk. 11/42), welcher im Übrigen durch die Gutachter bereits mitberücksichtigt wurde, steht dem nicht entgegen. Eine durch geringe Intelligenz verursachte Erwerbsunfähigkeit gilt in der Regel nur dann als gesundheitlich verursacht, wenn die Intelligenz im medizinischen Sinne vermindert ist, mithin der Intelligenzquotient (IQ) weniger als 70 beträgt. Nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG gilt demgegenüber in der Regel eine Intelligenz im unteren Normalbereich (IQ 70 bis 84 - vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 6.3.1 und 8C_108/2014 vom 24. September 2014 E. 2.2). Der im Bericht des C.____ genannte Gesamt-IQ von 81 ist demnach nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG aufzufassen.

In Bezug auf die depressive Symptomatik, welche bei der erstmaligen Leistungsverweigerung im Jahr 2011 noch vorlag, ist anzumerken, dass die Gutachter der Z.____ keine entsprechenden Befunde mehr erhoben haben und daher von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen sind. Der Bericht des H.____ vom 20. Januar 2015 (Urk. 11/105) weist keine namhaften objektiven Befunde einer depressiven Episode nach, was - wie in der Stellungnahme der Z.____ (Urk. 11/110) ausgeführt wurde – auch mit den regen Alltagsaktivitäten (Führen des Haushalts, soziale Kontakte, Hobbys, Führen eines Pkws, Urk. 11/100/28, Urk. 11/100/30-31) nicht in Einklang gebracht werden könnte. 4.4.4

Von einer Befragung der Pflegemutter, dem Einholen eines Berichts des D.____ oder einer BEFAS-Abklärung - wie dies die Beschwerdeführerin verlangte - sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet wird. Auch die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen keine Zweifel an der Beweiskraft des Z.____-Gutachtens zu begründen. 4.5

Nach dem Gesagten steht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit

der letzten massgeblichen Beurteilung des Gesundheitszustands im Jahr 20

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsmässig von der Beschwerdeführer in zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

E. 6.2

Mit Beschwerde vom 23. Mai 2016 ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Vorliegend sind die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (vgl. Urk. 8/5), weshalb dem Gesuch der Beschwerdeführerin zu entsprechen ist. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 23. Mai 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 11

verändert haben. In psychiatrischer Hinsicht liegen keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen (mehr) vor, insbesondere die depressive Symptomatik und die Antriebsstörung sind remittiert, weshalb in psychiatrischer Hinsicht von einer Verbesserung auszugehen ist. Der Beschwerdeführer ist die Ausübung der zuletzt ausgeübten, der erlernten sowie einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit in einem 100%-Pensum zumutbar. 5.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Leistungsanspruch verneint wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

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