

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00885 vom 11. Oktober 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00885](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00885)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00885 du 11 octobre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00885 del 11 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nachdem die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wieder holte Leistungsgesuche der 1968 geborenen X.\_\_\_\_ abgewiesen hatte, trat sie mit Verfügung vom 21. Februar 2013 (Urk. 8/86) nach Durchführung einer polydisziplinären psychiatrischen Begutachtung in der MEDAS Z.\_\_\_\_ (Gutachten vom 21. Januar 2013; Urk. 8/84/2-43) auf ein erneutes Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 8/86).

Am 5. September 2013 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine „F2-Diagnose“ erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 8/91). Daraufhin holte die IV-Stelle aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte ein und liess die Versicherte psychiatrisch begutachten. Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 22. September 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/104). Aufgrund von Interventionen des behandelnden Psychiaters (Urk. 8/116-117) beauftragte die IV-Stelle Prof. Dr. med. habil. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer erneuten psychiatrischen Begutachtung (Gutachten vom 25. April 2015; Urk. 8/130/1-101). Entsprechend der Empfehlung des Gutachters liess die IV-Stelle die Versicherte im Psychiatrischen Zentrum B.\_\_\_\_ durch Dr. med. C.\_\_\_\_, leitender Arzt forensische Psychiatrie, stationär ergänzend abklären (Gutachten vom 18. Dezember 2015; Urk. 8/141). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs wies sie mit Verfügung vom 29. Juni 2016 das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

#### **E. 1.1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu

prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung aller Kräfte 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. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3.1**

Wurde eine Rente

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

### **E. 1.3.2**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmelungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung enthalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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 arbeits unfähig 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**

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). 2.

Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ergebnisse der durchgeführten psychiatrischen Begutachtung von einem unveränderten medizinischen Sachverhalt ausgeht (Urk. 2 S. 2), macht die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Angaben des behandelnden Psychiaters eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % geltend und rügt die Nichtberücksichtigung von darüber hinaus bestehenden somatischen Diagnosen (Urk. 1 S. 3 f.). 3. 3.1 3.1.1

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaub haft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 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). 3.1.2

Der Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2013 (Urk. 8/86) ging eine während des Vorbescheidverfahrens durchgeführte polydisziplinäre Abklärung des medizinischen Sachverhaltes in einer MEDAS voraus. Durch die Vornahme eigener Abklärungen trat die Verwaltung auf die Neuanmeldung der Versicherten ein, weshalb sie das Verfahren nach Eingang des MEDAS-Gutachtens vom 21. Januar 2013 (Urk. 8/82/2-43) korrekterweise durch einen (abschlägigen) Entscheid in der Sache hätte erledigen sollen. 3.2

Diese Verfügung bildet den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung des Sachverhaltes im Rahmen der vorliegend zu prüfenden Neuanmeldung. Darin ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 21. Januar 2013 (Urk. 8/84/2-43) so wie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. Februar 2013 von unveränderten Verhältnissen aus

(Urk. 8/85 S. 2 und Urk. 8/84/2-43 S. 37 f. ) .

RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, kam in ihrer Stellungnahme vom 7. Februar 2013 zum Schluss, dass aufgrund der psychischen Situation und des seit jeher bestehenden HNO-Leidens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht liege keine Einschränkung vor. Dabei ging sie von folgenden Diagnosen aus (Urk. 8/85 S. 2 und Urk. 8/84/2-43 S. 37 f. ) :  
- Leichte bis mittelgradige depressive Episode - Panikstörung - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Kombinierte Schwerhörigkeit beidseits - Tinnitus beidseits - Periphere vestibuläre Funktionsstörung 4. 4.1

Seit April 2013 behandelt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin. Im Bericht vom 30. September 2013 (Urk. 8/94/1-5) stellte er folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1): - ICD-10 F20.00 Paranoide Schizophrenie, kontinuierlich, seit zirka Juli 2012 - Differenzialdiagnose Verdacht auf komplexe Schmerzstörung wie somatoformes Syndrom oder Fibromyalgie vs . Körperhalluzinationen im Rahmen der Schizophrenie - ICD-10 Z60.3 Migration

Daneben verwies er auf die somatischen Diagnosen (S. 1). Weiter gab er an, es müsse davon ausgegangen werden, dass im Frühsommer 2012 ein Crescendo von Symptomen eingesetzt habe, welches in eine paranoide Schizophrenie gemündet habe. Er habe das Vollbild der Schizophrenie bereits in der Erstkonsultation im April 2013 feststellen können. Die Patientin sei mit ihrem Leiden nicht nur bezüglich einer allfälligen Erwerbstätigkeit, sondern schon ganz wesentlich bei ihren täglichen Verrichtungen im ehelichen Haushalt massiv eingeschränkt, so dass der Gatte ihr dabei behilflich sein müsse (S. 3). Die Schmerzen und die anderen somatischen Beschwerden bedürften einer weiteren Exploration. Teilweise dürften die Beschwerden im Rahmen der schizophrenen Erkrankung zu sehen sein. Auf der anderen Seite bestünden Hinweise auf rheumatische Beschwerden und/oder auf eine psychosomatische Schmerzkrankung wie ein somatoformes Syndrom oder eine Fibromyalgie. Das Schmerzsyndrom stelle einen sehr wesentlichen Teil der Behinderung der Patientin dar (S. 4).

Abschliessend attestierte Dr. E.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kellnerin seit mindestens dem Behandlungsbeginn am 15. April 2013 bis auf weiteres. Bei einer Stabilisierung sei eine Tätigkeit in einer geschützten Behindertenwerkstatt denkbar (S. 4 f.). 4.2

Der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, stellte in einem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 24. Januar 2014 eingegangenen Bericht (Urk. 8/98/1-5) folgende Diagnosen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Mittelgradige, kombinierte Schwerhörigkeit (ORL G.\_\_\_\_ 2011) - Ätiologie: hereditär, dehiszenter superiorer Bogengang links (CT

vom

22.12.2011) - rez . Schwindelanfälle bei (ORL G.\_\_\_\_ 2011) - Dehiszenz des superioren Bogenganges, was auch

hyperventilationsinduziert - rez . lumbovertebrales und lumboradikuläres Syndrom L3/4 links

( Neuro G.\_\_\_\_ 2011 ) - chronisch rez . Kopfschmerzen meist vom Spannungstyp, mehrmals pro Monat auch Migräne (mit gutem Ansprechen

auf Relpax ) - lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts L5-S1 nach Sturz vom 11.5.2012 - chronisches zervikothorakovertebrales Syndrom bei - ausgeprägten muskulären Verspannungen - muskulärer Dysbalance, myofaszialem

Syndrom - extrakardiale Thoraxschmerzen und Palpitationen mit dadurch zusätzlich ausgelösten schweren Panikanfällen, DD: funktionell,

bradykardieassoziiert ( Kardiologie G.\_\_\_\_ 2/2013 ) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung mit (ED

1992) - renaler

Anämie und renaler Hypertonie, behandelnde Nephrologin Dr. med. H.\_\_\_\_ ( G.\_\_\_\_ ) - rezidivierende Zysteneinblutung - pos. MAU (10/2012) - Spontanabort am 12.7.12 bei Schwangerschaft seit 17.6.2012

Sodann führte er aus, die Zwischenanamnese sei durch häufig rezidivierende schwere Panikanfälle meist in der Nacht, mit Erstickungsgefühlen und Wahnvorstellungen geprägt. Die psychischen Symptome würden durch die kardialen Symptome erheblich verstärkt, obwohl die kardialen Symptome objektiv keine Gefährdung darstellten. Die Schmerzen im lumbalen und jetzt vor allem im Nackenbereich seien auf schwere Verspannungen der Muskulatur mit einem myofaszialen Syndrom zurückzuführen, welche die psychischen Symptome eben falls zusätzlich verstärkten. Es bestehe eine deutliche Hörverminderung, verstärkt in lauter Umgebung. Die Kommunikation sei eingeschränkt. Eingeschränkt seien auch aus körperlicher Sicht das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie monotone Tätigkeiten und häufiges nach vorne Bücken. Da neben bestünden vor allem Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht. Gestützt darauf attestierte Dr. F.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 4.3

Vom 5. April bis 27. Mai 2014 wurde die Beschwerdeführerin in der Tagesklinik der I.\_\_\_\_ teilstationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 13. Juni 2014 (Urk. 8/116/22-25) wurden folgende Diagnosen gestellt: - ICD-10 F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom - ICD-10 F44.9 Dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet - ICD-10 F41.0 Akutenanamnestisch Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) - FT Chronischer beidseitiger Tinnitus, mittelgradige kombinierte sensorisch-neurale Schwerhörigkeit beidseits - FT Autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung, Erstdiagnose 1992

Die berichtenden Klinikärzte führten weiter aus, die diagnostische Einordnung der Symptome der Patientin bleibe unbefriedigend. Aktuell gingen sie aber eher von einer dissoziativen Symptomatik auf dem Boden einer depressiven aus. Eine ausführliche diagnostische Abklärung zum Ausschluss einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis im stationären Setting wäre sicherlich hilfreich. Die Patientin sei aber bis zum Austrittspunkt für eine solche Abklärung nicht zu gewinnen gewesen. 4.4

Im Schreiben vom 29. Oktober 2014 (Urk. 8/116/1-21) ergänzte Dr. E.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen wie folgt (S. 1). - ICD-10 20.00 Paranoide Schizophrenie, kontinuierlich, seit zirka September 2012 Differenzialdiagnose: ICD-10 F25, schizoaffektive Störung - ICD-10 F33 Rezidivierende depressive Störung, teilweise mit somatischem Syndrom zirka 2001 bis 2012 (anamnestisch) - ICD-10 F41 Angststörung

zirka 2001 bis 2012 (anamnestisch) - ICD-10 F45 Verdacht auf somatoforme Störung - ICD-10 Z60.3 Migration - Schwerhörigkeit

Nach einer ausführlichen Stellungnahme zu dem von der Beschwerdeführerin zunächst eingeholten psychiatrischen Gutachten kam Dr. E. \_\_\_ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin von unabhängiger Seite, allenfalls stationär, untersucht werden solle. Neben der reinen psychischen Exploration riet er auch zu einer unangekündigten Blutentnahme, um den Neuroleptikaspiegel zu bestimmen. Dies begründete er damit, dass eine Dauermedikation von 15-20 mg Olanzaprin pro Tag für eine einigermaßen gesunde SimulantIn kaum erträglich sein dürfte (S. 21). 4.5

Dr. A. \_\_\_ stellte im Gutachten vom 25. April 2015 (Urk. 8/130/1-101) die Diagnose eines Verdachts auf Störung aus dem schizophrenen Formenkreis nach ICD-10 F2 und die Differenzialdiagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischen Symptomen gemäss ICD-10 F33 beziehungsweise einer dissoziativen Störung gemäss ICD-10 F44.9. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er den Diagnosen einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) und einer Panikstörung (S. 98) zu.

Dazu gab er an, die vom behandelnden Psychiater Dr. E. \_\_\_ gemachten Ausführungen zum Krankheitsbild der Explorandin enthielten im Kern ernstzunehmende Feststellungen, die sich mit dem Krankheitsbild der Explorandin tiefer auseinandersetzen als die Vorgutachten und gutachterlicherseits im Kern geteilt werden könnten. Bei der Exploration habe die Beschwerdeführerin akustische und optische Halluzinationen vorgetragen. Aus seiner langjährigen klinischen Erfahrung seien die Art des Vortrags und der damit verbundene Affekt jedoch eher nicht passend zu einer paranoiden Schizophrenie, was jedoch keine objektive Bewertung darstelle. Er erachte eine Querschnittuntersuchung als ungeeignet zur endgültigen Festlegung der Diagnose und schliesse sich der Empfehlung des behandelnden Psychiaters Dr. E. \_\_\_ (Urk. 8/116/1-21; E. 4.4) sowie gemäss Austrittsbericht der I. \_\_\_ vom 13. Juni 2014 (Urk. 8/116/22-25; E. 4.3) an, eine stationäre Abklärung durchzuführen mit Verhaltensbeobachtung, um die endgültige Diagnosestellung herbeizuführen. Gemäss haaranalytischem Befund sei eindeutig festzustellen, dass die Versicherte keine ausreichende neuroleptischen Medikation im Zeitraum September 2014 bis Mitte Februar 2015 gehabt habe. Damit sei das vermeintliche Krankheitsbild als unbehandelt und als instabil anzusehen (S. 97).

Abschliessend schlug der Gutachter eine stationäre psychiatrische Hospitalisation mit dem Ziel der abschliessenden Diagnostik unter Verhaltensbeobachtung und medikamentöser therapeutischer Einstellung unter Objektivierung der Compliance per Blutspiegelkontrollen vor. Hierunter könne dann die Arbeitsfähigkeit bestimmt werden (S. 99). 4.6

Vom 9. bis zum 13. November 2015 wurde die Beschwerdeführerin im Psychiatrischen Zentrum B. \_\_\_ stationär abgeklärt. Im Gutachten vom 18. Dezember 2015 (Urk. 8/141) stellte der leitende Arzt Dr. C. \_\_\_ folgende Diagnosen (S. 37 f.) - Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Zügen (ICD-10 F61.0) - Somatoforme Störungen (ICD-10 F45) - undifferenzierte Somatisierungsstörung inkl. Hyperventilation, Kardiophobie, Dysfunktionen des oberen und unteren Magen-/Darmtraktes sowie Spannungskopfschmerzen (ICD-10 F45.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Dissoziative Empfindungs- und Bewegungsstörungen inkl. Pseudohalluzinationen im Rahmen des histrionischen

Erlebensmodus (ICD-10 F44.4/F44.6) - Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - Diverse Phänomene der dysfunktionalen Störungsbewältigung bei abnormem Krankheitsverhalten (im Rahmen ihrer Persönlichkeitsstörung)

Der Vollständigkeit halber nannte Dr. C.\_\_\_\_ noch folgende somatischen Komorbiditäten (S. 38): - Cervicobrachiales und lumbo vertebrales Syndrom - Autosomale dominant-vererbte polyzystische Nierenerkrankung - Arterielle Hypertonie - Ektasie der Arteria cerebri media, Hirnbasisaneurysma - St. n. Septumplastik - Vegetative Hyperlabilität - Multiple Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrungsmittel)

In psychiatrisch-diagnostischer Hinsicht sei bei dieser 47jährigen, familiär mit erblichen Nierenleiden, Epilepsie, Diabetes und psychischer Belastungsreaktion belasteten Explorandin sicher nicht mit einer einzigen diagnostischen Kategorie auszukommen, zumal die Beschwerdeführerin eine seltene Vielfalt an Symptomen aus den verschiedensten psychopathologischen und psychosomatischen Funktionsbereichen aufweise (neben einer beachtlichen somatischen Komorbidität). So dürfe es nicht erstaunen, dass bei ihr auch schon eine Vielzahl von psychiatrischen Diagnosen (affektive und schizophrene Psychosen, Angst- und Zwangsstörung, somatoforme Störung, aber auch simulatorische Tendenzen) gestellt worden seien (S. 38).

Um hier etwas Ordnung zu schaffen, müsse zunächst die Frage gestellt werden, welche Symptomenkomplexe im Vordergrund gestanden seien, als die Explorandin aus der Arbeitswelt ausgeschieden sei. Genau genommen sei dies zwei mal der Fall gewesen: 2004 sei ihr die Serviceestelle gekündigt worden, worauf sie arbeitslos gewesen und schliesslich ausgesteuert worden sei. In der Folge sei sie jedoch einem Beschäftigungsprogramm zugeteilt worden, welches für sie vom 21. Juli 2004 bis zum 22. Januar 2005 gedauert habe. Das zweite Mal sei sie am 11. Mai 2012 bei der Arbeit zirka 50 cm von einem Stuhl gefallen, worauf sie wegen hartnäckig persistierender Rückenschmerzen bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Auffallenderweise

seien später auch Schmerzen im rechten Bein, im Kreuz und in der rechten Beckenseite angegeben worden, welche sich auf die Bauchdecken und schliesslich auf die ganze Wirbelsäule ausgeweitet hätten. Da nun auch noch fibromyalgische Beschwerden mit empfindlichen Tender-Points sowie eine Hyposensibilität der ganzen linken Körperhälfte dazu gekommen seien, sei schliesslich sogar von Pinalgie gesprochen worden. Dieses Phänomen der Beschwerdenausbreitung

könnte zumindest als Symptomausweitung benannt werden. Allerdings sei bei der Beschwerdeführerin eine gemischte Symptomatik aus Ängstlichkeit und Depressivität schon seit den frühen 2000er Jahren bekannt gewesen, nachdem sie sich 1999 mit einem schizophrenen Schweizer verheiratet habe, welcher sie später in der Psychose offenbar mit einem Messer bedroht habe. Dementsprechend sei in einer psychiatrischen Untersuchung von 2008 bereits die Diagnose von Angst- und depressiver Störung gemischt (seit 2001 bestehend) gestellt worden. Diese Begleitsymptomatik scheine über die Jahre hin weiter bestanden zu haben, ohne aber die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich in Frage gestellt zu haben. Gleichwohl habe sich die Beschwerdeführerin in der Folge sechsmal zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet, derweil sie eine Vielzahl von Kliniken (vorab somatologischer Ausrichtung) konsultiert habe, um verschiedene vermutete körperliche

che (und psychische) Beschwerden abzuklären, wodurch sich eine beachtliche Symptomenliste ergeben habe (S. 38 f.).

Fortan habe sich ihre Symptomatik jedoch nahezu gleichgewichtig auf zwei verschiedenen Ebenen bewegt: Einerseits auf der physischen (richtig wohl: psychischen) Ebene, wo sich zu den Angst- und Depressionszeichen mit der Zeit auch psychotisch anmutende Phänomene hinzugesellt hätten, nämlich Stimmenhören und optische Halluzinationen. Andererseits habe die Beschwerdeführerin heftig über verschiedenste körperliche Beschwerden geklagt, welche mit der Zeit die verschiedensten Organsysteme erfasst hätten, die mit den tatsächlich zur Verfügung stehenden somatischen Befunden jedoch schlecht zu vereinbaren gewesen seien. Dementsprechend müsse heute der Schluss gezogen werden, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl auf der organischen Ebene wie auch auf der psychosomatischen, als auch auf der psychopathologischen Ebene Störungsphänomene zu berücksichtigen und separat zu diagnostizieren seien. Die oben stehende ausführliche Diagnosenliste versuche diesem Umstand Rechnung zu tragen. Wenn von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Zügen gesprochen werde, so erfasse diese diagnostische Klassifizierung einerseits kriteriengeleitet die Persönlichkeitsstruktur, welche die Explorandin unter alltäglichen Bedingungen aufweise. Gleichzeitig werde dabei aber auch ein Vulnerabilitätsfaktor benannt, welcher die Art und Weise ihrer Störungsbewältigung (unter Belastungssituationen psychosozialer und somatisch-medizinischer Art) deutlich mitbestimme (S. 39 f.).

Aus psychiatrischer Sicht müssten die Kriterien gemäss ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung im Wesentlichen als erfüllt betrachtet werden. Im Vordergrund stünden dabei eine hohe Dramatisierung der Befindlichkeitsstörungen, verbunden mit Suggestibilität, labiler Affektivität und aufmerksamkeitsbindendem Verhalten. Damit könnten zumindest drei, allenfalls vier Kriterien der histrionischen Persönlichkeitsstörung als erfüllt betrachtet werden. Was als zweites auffalle, sei die hochgradige Affektlabilität, die zum Teil bereits durch die gestellte Persönlichkeitsdiagnose erfasst werde. Wenn man nun zusätzlich emotional-instabile und impulsive Züge bei der Explorandin diagnostiziere, so seien auch ihre hochgradige Verstimmbarkeit in Richtung Angst und Depression besser erklärt, zumal sie offenbar vorwiegend in diese Richtung entgleise (S. 41 f.).

Fasse man als nächstes die präsentierte Symptomatik ins Auge, so werde diese von der Psychogenese her deutlicher. Insbesondere die Tatsache, dass das Beschwerdebild über das Spektrum der typischen somatoformen Störungen hin ausgegangen sei und sogar dissoziative Empfindungs- und Bewegungsstörungen und Trugwahrnehmungen wie optische und akustische Halluzinationen umfasse, sei mit einer solchen Persönlichkeitsstörung gut vereinbar (S. 42).

Angesichts der diversen psychovegetativen Reizerscheinungen mit Hyperventilation, kardiophobischen Ängsten, hartnäckigen Verdauungsstörungen im oberen und unteren Darmtrakt, Spannungskopfschmerzen und Rückenbeschwerden, könnte zumindest eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert werden. Undifferenziert auch deshalb, weil sicher noch eine zweite somatoforme Störung diagnostiziert werden könne, nämlich die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es bleibe eine Diskrepanz zwischen Ausmass und Qualität der Beschwerden und den effektiv vorhandenen somatisch-medizinischen Pathologien bestehen. Was die besagten dissoziativen Empfindungen und Bewegungsstörungen angehe, so wären dazu die nicht neurologisch begründbaren peripheren Sensibilitätsausfälle zu nennen, insbesondere die

mittelinienah begrenzte Hemihypästhesie, welche am ehesten als Konversionssymptom (sog. somatoforme Dissoziation) aufgefasst werden könnte. Unter die dissoziativen Bewegungsstörungen dürften Phänomene wie der akute Kraftverlust, vorab in den Händen und Beinen, fallen (S. 43 f.).

Schliesslich seien sogar psychotisch anmutende Phänomene wie optische und akustische Halluzinationen aufgetreten. Während eine Halluzination als völlig real empfunden werde, wisse der Betroffene bei einer Pseudohalluzination, dass es sich nicht um eine reale Wahrnehmung handle. Wenn einer Pseudohalluzination ein dauerhafter Affekt zugrunde liege (im Falle der Explorandin bei spielsweise ihre Gram über die Kinderlosigkeit), werde von einer katathymen Pseudohalluzination gesprochen, was im Falle der von der Beschwerdeführerin berichteten schwarzen Frau der Fall sein könnte. In diesem Zusammenhang könnte von Interesse sein, dass es sich bei der von der Beschwerdeführerin geschilderten schwarzen Frau, welche Kinder raube, keineswegs um eine spontane psychotische Produktion handle. Vielmehr gehe es um die mythologische, beziehungsweise dämonologische Figur der Lilith, welche im Zweistromland ihren Ursprung habe und in vielen Modifikationen in die neueren Kulturen Einzug erhalten habe. Auch im aramäischen Kulturkreis, dem die Explorandin angehöre, spiele Lilith in Legenden und Dämonologien als Inkubus-Dämon, welcher des Nachts die Menschen heimsuche und auf vielfältige Art den Kindstod verursachen könne, eine wichtige Rolle. Mit ihrer Affinität zur Nacht werde der Gestalt der Lilith vorzugsweise die Farbe Schwarz zugeordnet (S. 44 f.).

Was das Stimmenhören betreffe, so handle es sich hierbei weder um ein notwendiges, noch ein hinreichendes Kriterium zur Diagnose einer Schizophrenie. Wie aus neueren epidemiologischen Studien hervorgehe, müsse davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Stimmenhörer die Zahl der Schizophrenen um zirka ein Zehnfaches übertreffe. Es erscheine sinnvoll, die Diagnose einer (paranoiden) Schizophrenie nicht anhand von Halluzinationen zu stellen. Eine ungleich höhere diagnostische Wertigkeit hätten Störungen des Ich-Bewusstseins wie etwa das Gefühl, ferngesteuert zu sein, sich aufzulösen oder keine Grenze nach aussen mehr zu haben, Phänomene, welche bei der Explorandin nicht aufgetreten seien. Ausserdem schliesse der Begriff der Psychose ein, dass bei einer Person der Realitätsbezug zumindest phasenweise verlorengelange, wodurch ein desorganisiertes Verhalten resultiere, welches in keiner Relation mehr zur sozialen Wirklichkeit stehe, was gewöhnlich eine (notfallmässige) Klinikaleinweisung notwendig mache. Auch ein solcher Zustand sei aus der Vorgeschichte der Explorandin nicht bekannt. Von daher könne die Diagnose einer endogenen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis trotz teilweiser hoch produktiver Symptomatik nicht bestätigt werden (S. 46 f.).

Mit Bezug auf die Angst- und Depressionssymptomatik hielt der Gutachter so dann fest, dass die gemischte Störung von Angst und Depression anscheinend bereits vor der somatoformen Störung diagnostiziert worden sei. Dementsprechend könnte sie als teilweise eigenständige psychische Belastungsreaktion bei einer emotional labilen und haltschwachen Grundpersönlichkeit gesehen werden, welche auch zeitlich unabhängig von den somatoformen Beschwerden aus einer erwiesenen Belastungssituation (zum Beispiel die Ehe mit einem schizophrenen Mann) hervorgegangen sei (S. 47 f.).

Das Krankheitsverhalten der Beschwerdeführerin wurde vom Gutachter als höchst auffällig bezeichnet. Aus Anamnese und Befund seien die folgenden Phänomene fassbar (S. 48 f.): - Aggravation oder starke Verdeutlichungstendenz - Symptomausweitung - Selbstlimitierung - final ausgerichtete Entschädigungshaltung - Persönlichkeitsregression -

Dekonditionierung (physisch wie psychisch) - übertriebenes, resp. fixiertes Schonverhalten  
- Verharren in der Krankenrolle - subjektive Leistungsinsuffizienz - introzeptiver  
Wahrnehmungsstil mit amplifizierender oder gar katastrophisierenden der Symptombewertung  
- hypochondrische Verarbeitungstendenz - mangelnde Leistungsmotivation

Dazu komme eine fast unverrückbare Überzeugung des eigenen Krank- und Behindertseins  
, zusammen mit einer wohl kulturell mitgeprägten Vorstellung, dass Besserung und Heilung  
am ehesten aus konsequentem Schonverhalten zu erwarten seien, weshalb wenig  
Verständnis für reaktivierende oder abhärtende Massnahmen aufgebracht werde.  
Angesichts der vielen festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen ging der Gutachter  
von einem abnormen Krankheitsverhalten der Beschwerdeführerin aus, welche sich nicht  
mehr aus ihrer Schonhaltung herausbewegen lasse, obwohl ihre Situation genügend  
abgeklärt sei und eine angemessene Beschäftigungssituation nicht zu schwereren  
Gesundheitschäden führen müsste (S. 49 f.).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit erachtete der Gutachter die zuletzt ausgeübte Tätigkeit  
als ungelernete Servicekraft infolge der mangelhaften Sprachbeherrschung und  
Kommunikationsfähigkeit sowie des ostentativen Ausdrucksverhaltens beziehungsweise  
der Leidensäusserungen als suboptimal. Eine optimal angepasste Tätigkeit dürfte nicht mit  
Kundenkontakt, einer lärmigen Umgebung, viel sprachlicher Kommunikation und physisch  
einseitiger Belastung einhergehen. Eine solche stressarme und berechenbare Tätigkeit wäre  
im medizinischen Sinne durchaus zumutbar. Durch Ablenkung, Erfolgserlebnisse und  
wertvolle soziale Kontakte könnte von einer solchen Aktivität theoretisch sogar eine sta-  
bilisierende Wirkung ausgehen. Mit Blick auf die relativ dürftigen Ressourcen, womit auch  
IV-fremde Faktoren wie bescheidene Intelligenz, schwache Sprachkenntnisse und  
mangelhafte Akkulturation gemeint seien, seien der Beschwerdeführerin bezüglich  
Leistungsquantität und Durchhaltevermögen sicher gewisse Grenzen gesetzt. Unter  
Berücksichtigung der erschwerenden Faktoren gemäss den Foerster-Kriterien könnte hier  
rein medizinisch-theoretisch von einer maximal zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 %  
ausgegangen werden (S. 53 f.).

Bei der Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 gab der Gutachter an, die  
diagnoserelevanten Befunde fänden ihre Ausprägungsform vor allem durch das  
maladaptive Krankheitsverhalten mit diversen Phänomenen der dysfunktionalen  
Beschwerdebewältigung wie Aggravation, Symptomausweitung, Selbstlimitierung und so  
weiter. Seines Wissens seien keine ernstzunehmende Arbeitsversuche unternommen  
worden. Auch könne nicht von effektiven Behandlungsversuchen gesprochen werden,  
zumal die Explorandin gar keine konsequente psychopharmakologische Behandlung  
zulasse. Aus den Komorbiditäten auf somatischer wie auch auf psychiatrischer Ebene  
könne aus gutachterlicher Sicht eine maximal 30%ige Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden.  
Die Persönlichkeitsstörung wirke sich in recht typischer Weise auf die Stö-  
rungsverarbeitung der Explorandin aus. Reale Belastungen in der Lebensgeschichte sowie  
eher knappe interne und externe Ressourcen könnten diese persönlichkeitsinhärenten  
Tendenzen zum maladaptiven Krankheitsverhalten noch begünstigen. Auf den bisherigen  
Störungsverlauf hätten auch psychosoziale und soziokulturelle Faktoren Einfluss  
genommen beziehungsweise stünden einer aktiven Störungsbewältigung im Wege. Zu den  
Ressourcen zählte der Gutachter die solide, jedoch kinderlose Ehe der Beschwerdeführerin  
(S. 55 f.).

Aus der Konsistenzprüfung entstehe insgesamt der Eindruck, dass die Explorandin sich für eine vita

minima mit ausgeprägter Schonhaltung nicht nur in beruflicher, sondern auch in privater Hinsicht entschieden habe und kaum noch aktiv gegen ihre subjektive gesundheitliche Beeinträchtigung, beziehungsweise ihre Erwerbslosigkeit angehe. Was ihre passive Lebenseinstellung und ihre weit gehende Leistungsverweigerung angehe, so sei mithin eine gewisse Konsistenz gegeben. Die entscheidenden Diskrepanzen bestünden dagegen zwischen ihren dramatisierenden Beschwerdeschilderungen und den wenig beeindruckenden objektivierbaren strukturellen und funktionellen Ausfallserscheinungen. Es bestehe eine weitere erhebliche Diskrepanz zwischen dem angeblich hochgradigen Leidensdruck und den bescheidenen therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen, welche die Explorandin überhaupt zulasse. Dies berechtige zu Zweifeln an der Authentizität ihres dramatisch präsentierten Leidenszustandes (S. 56). 4.7

Am 14. April 2016 nahm der behandelnde Psychiater Dr. E. \_\_\_ zum Gutachten des Psychiatrischen Zentrums B. \_\_\_ vom 18. Dezember 2015 Stellung (Urk. 8/152) und erklärte sich mit der diagnostischen Zuordnung als „durchaus zufrieden“. Gestützt auf die Angaben im Gutachten, namentlich die multiplen Pathologien, die Persönlichkeitsstörung, die ungünstigen Befunde bezüglich der Foersterschen Kriterien, die mangelnden Ressourcen sowie die dysfunktionale Krankheitsbewältigung schätze er die Arbeitsunfähigkeit auf 75 %. 5.

## **E. 2**

Dagegen erhob X. \_\_\_ am 22. August 2016 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer Invalidenrente. Daneben ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. September 2016 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Nach Eingang der Unterlagen zur finanziellen Situation der Beschwerdeführerin (Urk. 9-11) wurde ihr mit Verfügung vom 8. November 2016 die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ein Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **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. 5.1**

Das psychiatrische Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 18. Dezember 2015 (Urk. 8/141; E. 4.6) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es

für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es beruht auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung, welche im Rahmen einer einwöchigen Hospitalisation durchgeführt wurde, und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Der Gutachter schilderte ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzte sich detailliert damit sowie mit dem psychosozialen Kontext auseinander. Die Expertise wurde in Kenntnis der Vorakten, insbesondere der bisher erstatteten Gutachten

sowie der Stellungnahmen von Dr. E.\_\_\_\_, abgegeben und sie leuchtet in der überaus ausführlichen Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen von Dr. C.\_\_\_\_ als begründet.

Der Gutachter würdigte namentlich die von der Beschwerdeführerin vorgetragene aktuelle Symptomatik, welche sämtlichen involvierten Ärzten Schwierigkeiten in der diagnostischen Zuordnung bereitete. Seine ausführlich begründete Beurteilung der Symptomatik ist für den medizinischen Laien nachvollziehbar und vermag zu überzeugen, was auch vom behandelnden Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ anerkannt wird (Urk. 8/152; E. 4.7). 5. 2

Weiter stimmten Dr. E.\_\_\_\_ und der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ darin überein, dass in den letzten Jahren eine Verschlechterung der psychischen Symptomatik eingetreten ist. Infolge des schleichenden Auftretens der verschiedenen Symptome präsentierte sich die Befundlage erstmals im April 2013 mit einem unübersehbaren Beschwerdebild, was Dr. E.\_\_\_\_ zur Diagnose einer Schizophrenie nach ICD-10 F20.00 bewegte (Urk. 8/91/1-5; E. 4.1). Die diagnostische Einordnung der vielfältigen psychotischen und somatisch nicht unterlegten körperlichen Symptome bereitete den verschiedenen involvierten Fachärzten erhebliche Mühe, weshalb sich eine stationäre Begutachtung als notwendig erwies. Die vom Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ im Rahmen einer differenzierten Betrachtungsweise unter den Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), einer undifferenzierten Somatisierungsstörung ICD-10 F45.1), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und von dissoziativen Empfindungs- und Bewegungsstörungen (ICD-10 F44.4/F44.6) subsumierte Symptomatik (Urk. 8/141 S. 37; E. 4.6) stellt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar, welche im Rahmen der Neu anmeldung zu berücksichtigen ist.

### **E. 5.3.1**

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gut achtlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe,

wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arzt per se hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanzvoll wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2).

### **E. 5.3.2**

Der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ begründet die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster, stressarmer, berechenbarer Tätigkeit von 70 % mit den erschwerenden Faktoren gemäss den Foerster-Kriterien (Urk. 8/141 S. 54). Diese Einschätzung erfuhr auch nach der Prüfung anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1

keine Änderung der auf die somatischen und psychischen Komorbiditäten zurückgeführten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 55 f.).

Eine Überprüfung der von Dr. C.\_\_\_\_ geäusserten Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus juristischer Sicht in Anwendung der Standardindikatoren ergibt kein anderes Resultat. Vielmehr kann vollumfänglich auf die nachvollziehbaren und überzeugenden Feststellungen des Gutachters zu den einzelnen Indikatoren verwiesen werden.

Diese Überprüfung ist vorliegend rechtsprechungsgemäss (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3.) auf die Diagnosen undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), dissoziative Bewusstseinsstörung (ICD-10 F44.4) sowie dissoziative Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6) anzuwenden. Zu Recht wies Dr. C.\_\_\_\_ auf das maladaptive Krankheitsverhalten der Beschwerdeführerin mit unter anderem Aggravation, Symptomausweitung und Selbstlimitierung hin. Dieses Verhalten ist im Rahmen der komorbiden histrionischen Persönlichkeit zu interpretieren. Darin liegt somit kein Grund für den Ausschluss eines invalidisierenden Gesundheitsschadens und damit des Leistungsanspruchs vor, was eine Prüfung der zumutbaren Leistungsfähigkeit nach den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 208 erübrigen würde (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_291/2016 vom 12. August 2016 E. 2.2 sowie 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1).

Die Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) ist gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts im Lichte der offiziellen klassifikatorischen Umschreibung der ICD ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_55/2014 vom 27. Februar 2014 E. 4.3 mit Hinweisen). Zu bestätigen ist weiter die Berücksichtigung der Verweigerung einer konsequenten psychopharmakologischen Behandlung im Rahmen der Behandlungsresistenz und des Leistungsdrucks wie auch das Ablehnen der seitens der Ärzte der I.\_\_\_\_ empfohlenen Abklärung im stationären Setting, dem sie sich erst auf Druck der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/135) unterzog. Trotz Ausklammerung der psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren verbleiben der Beschwerdeführerin auf Grund ihrer

Persönlichkeitsstörung und des sozialen Kontextes wenige persönliche und soziale Ressourcen, um mit ihren Leiden umzugehen. Auf der anderen Seite ergibt sich aus der Verweigerung einer Psychopharmakotherapie sowie aus den übrigen Akten das Bild einer in passiver Erwartungshaltung verharrenden Frau, die kein Interesse an einer Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit hat und bisher auch keine Anstalten in diese Richtung selbständig unternommen hat. Im privaten Bereich kann zwar von einer gewissen Einschränkung des Aktivitätsniveaus mit ausgeprägter Schonhaltung ausgegangen werden, wenn gleich hier nicht zuletzt die fehlende Erwerbstätigkeit und die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten eine Rolle spielen dürften. Auch ist mit der jahrelangen Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ ein gewisser Leidensdruck durchaus ausgewiesen. Jedoch lässt sich in einer Gesamtwürdigung nicht auf eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung schliessen, weshalb es mit der 70%igen Arbeitsfähigkeit aufgrund der Komorbiditäten sein Bewenden hat.

#### **E. 5.4**

Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, die schon lange bestehenden und unumstrittenen somatischen Diagnosen seien ausser Acht gelassen worden (Urk. 1 S. 4). Dem ist zu entgegnen, dass sich den Akten und insbesondere dem Bericht des Hausarztes Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 8/98/1-5; E. 4.2) diesbezüglich keine relevante Veränderung im Vergleich zur Situation im Februar 2013 (E. 3.2) entnehmen lässt. Insbesondere verneinte der Hausarzt eine objektive Gefährdung durch die neu aufgetretenen und im I.\_\_\_\_ abgeklärten kardiologischen Symptome (vgl. dazu ferner der Bericht des I.\_\_\_\_, Klinik für Kardiologie, vom 12. Februar 2013, Urk. 8/98/9-10). Dass diese allerdings nach der Beurteilung des Hausarztes eine erhebliche Verstärkung der psychischen Symptomatik verursachen, ist bereits aus psychiatrischer Sicht erläutert worden.

#### **E. 5.5**

Aufgrund der gesamten medizinischen Aktenlage steht nach dem Gesagten fest, dass die Beschwerdeführerin in einer wechselbelastenden reizarmen Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. 6.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.1**

Es bleibt zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen,

dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## **E. 6.2**

Eine angestammte Tätigkeit definierte die Beschwerdeführerin zunächst nicht (Urk. 8/16 S. 2). Später ging sie von einer Hilfsarbeitertätigkeit aus (Urk. 8/85). Den Akten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Heimatland eine Ausbildung als Schneiderin absolvierte (Urk. 8/66 S. 4) und als Coiffeuse erwerbstätig war. 1996 kam sie in die Schweiz (Urk. 8/4 S. 3). Hier war sie zunächst als Hilfsköchin tätig und wechselte dann in den Service (Urk. 8/141 S. 9). Nach dem Stellenverlust 2003 war sie bis zur Aussteuerung im Jahre 2005 arbeitslos (Urk. 8/4 S. 4). In dieser Zeit absolvierte sie ein Qualifizierungsprogramm für Stellensuchende im Service (Urk. 8/10). Ab 2008 hatte sie wieder verschiedene Anstellungen als Servicemitarbeiterin inne. Daneben war sie zeitweise als Verkäuferin tätig (Urk. 8/59 S. 5, Urk. 8/66 S. 4). An ihrer letzten Stelle hatte die Beschwerdeführerin neben der Servicetätigkeit auch Reinigungsaufgaben. Im Mai 2012 verunfallte sie während einer Putzarbeit (Urk. 8/83/5). Seither war sie nicht mehr erwerbstätig (Urk. 8/66 S. 4; vgl. ferner Urk. 8/95).

Unter diesen Umständen ist das Valideneinkommen bei der in der Schweiz nie im gelernten Beruf erwerbstätig gewesenen Beschwerdeführerin anhand des statistischen Lohnes einer Hilfsarbeiterin zu ermitteln.

Der Einwendung der Beschwerdeführerin, wonach das vom Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ beschriebene Anforderungsprofil einer leidensangepasster Tätigkeit eher einem geschützten Arbeitsplatz entspreche (Urk. 1 S. 2), kann nicht gefolgt werden, weil der Tabellenlohn Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von Tätigkeiten ohne Kundenkontakt und übermässigen Lärm umfasst.

Derselbe Tabellenlohn ist demzufolge auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgebend, weshalb die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zusammen mit dem recht sprechungsgemäss vorzunehmenden leidensbedingten Abzug den Invaliditätsgrad bestimmt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_358/2017 vom 4. August 2017 E. 2.2 mit Hinweisen).

## **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin macht einen Abzug von 25 % geltend (Urk. 1 S. 3). Ein leidensbedingter Abzug in dieser Höhe ist vorliegend jedoch nicht gerechtfertigt. Negativ auf das Lohnniveau wirkt sich aus, dass die Beschwerdeführerin nur für wechselbelastende reizarme Tätigkeiten ohne Kundenkontakt eingesetzt werden kann, weshalb sie auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerbern benachteiligt ist. In Würdigung dieses Umstands erscheint eine Reduktion des statistischen Lohnes von höchstens 10 % als angemessen. Daraus ergibt sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % ( $30\% + 70\% \times 0.1$ ). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung

jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Meier-Wiesner

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

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