

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01132 vom 14. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01132 du 14 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01132 del 14 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1989, ohne abgeschlossene Berufsausbildung, reiste Ende Februar 2012 in die Schweiz ein und war zuletzt vom 1. März 2012 bis 31. März 2014 als Office-Mitarbeiterin/Aushilfe beim der Z.____ angestellt (Urk. 8/7-8, Urk. 8/19). Ab dem 15. November 2013 war sie durch die behandelnden Ärzte krankgeschrieben (Urk. 8/21/2), weshalb sie sich am 23. Januar 2014 zur Früherfassung (Urk. 8/2) und am 11. Februar 2014 (Eingangsdatum) schliesslich – unter Hinweis auf ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom – bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 8/7). Die IV-Stelle

zog einen Auszug aus ihrem individuellen Konto (Urk. 8 / 13) und die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 8/21) bei und holte einen Bericht der Arbeitgeberin (Urk. 8 / 19) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 8/15, Urk. 8/22, Urk. 8/35, Urk. 8/60) ein. Die Versicherte nahm zwischen dem 10. März und dem 9. September 2015 am RAV-Abklärungsprogramm A.____ des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks Zürich teil (Urk. 8/67 [= Urk. 8/ 69], Urk. 8/80). Im Rahmen der weiteren Abklärungen

liess die IV-Stelle ein interdisziplinäres Gutachten bei der medizinischen Begutachtungsstelle B.____, erstellen (Gutachten vom 21. April 2016, Urk. 8/101) . Mit Mitteilung vom 7. Juni 2016 auferlegte die IV-Stelle der Versicherten eine Schadenminderungs- resp. Mitwirkungspflicht und machte sie darauf aufmerksam, dass bei Nichtteilnahme an einer dreimonatigen Behandlung in einem tagesklinischen Setting in einer Institution mit Expertise in der Behandlung von chronischen Schmerzkrankheiten sowie einer begleitenden physiotherapeutischen Behandlung auf ein zukünftiges Leistungsgesuch nicht eingetreten werde (Urk. 8/104). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 7. Juni 2016 [Urk. 8/106], vorsorglicher Einwand vom 14. Juni 2016 [Urk. 8/107], begründeter Einwand vom 16. August 2016 [Urk. 8/110]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. September 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 8/114 [= Urk. 2]).

E. 1.1

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

[ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur

sachte 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.1

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. Rechtsprechungs gemäss 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 Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 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. 1.2.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind gemäss neuerer Praxis Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht in seinem am 3. Juni 2015 ergangenen Entscheid wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits -

das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.2.3

Wie in

BGE 141 V 281 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die abschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das

heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigen haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmедицинische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim

Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; der selbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 11. Oktober 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Stellungnahme der Gutachterstelle B.____ zu den Einwänden erneut verfüge. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2016 beantragte die IV-Stelle Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. November 2016

zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Mit Eingabe vom 14. November 2016 substantiierte die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 9, Urk. 10, Urk. 11/1-2).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, aus dem Gutachten ergebe sich, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht im invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sinn beeinträchtigt sei. Es liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, sie erfülle die durch das Bundesgericht festgelegten Standardindikatoren, weshalb davon ausgegangen werden müsse, dass die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren invalidenversicherungsrechtlich relevant sei. Es ergebe sich daraus ein Anspruch auf eine Invalidenrente ab 14. November 2014 (Urk. 1). 3.

Dem bidisziplinären Gutachten des B.____ vom 21. April 2016 (Urk. 8/101) ist folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 8/101/4): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen Status nach Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel rechts grösser als links mit begleitendem Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS), ein chronisches thorako-lumbales Schmerzsyndrom, klinisch mit muskulärer Schmerzkomponente und einen Verdacht auf Schmerzfehlverarbeitung, keinem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend (Urk. 8/101/4).

In der bidisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit 2012 ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des Schultergürtels rechts sowie der thorakalen und lumbalen Region. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Objektivierbar sei eine gewisse muskuläre Dysbalance am Schultergürtel rechts mehr als links mit begleitendem Thoracic-Outlet-Syndrom und ein chronisch thorako-lumbales Schmerzsyndrom mit klinisch muskulärer Schmerzkomponente. Die muskuläre Dysbalance resp. die muskuläre Schmerzkomponente sei jedoch nicht derart, dass sie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würde. Aus psychiatrischer Sicht seien die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zurückzuführen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 %, wobei darauf hingewiesen werden müsse, dass aus psychiatrischer Sicht kein Endzustand vorliege. Diese Einschätzung ergebe sich aus dem bisher günstigen Verlauf mit Rückgang der Symptomatik, Steigerung der Leistungsfähigkeit, Fehlen von komorbiden psychischen und somatischen Faktoren, Fehlen von auffälligen Persönlichkeitsanteilen, guter psychosozialer Stützung, aber auch einer nicht allzu schlechten eigenen Prognose der Beschwerdeführerin sowie noch nicht ausgeschöpften psychiatrischen Therapieoptionen. Eine früher vorhandene Angst und depressive Störung, gemischt, sei aktuell nicht mehr weiter nachweisbar, auch wenn noch

eine leichte Deprimiertheit beobachtet werden könne, die jedoch eher den Charakter einer Bedrückung aufgewiesen habe (Urk. 8/101/4). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Retrospektiv sei der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht konklusiv beurteilbar. Ob die vom Hausarzt seit dem 15. November 2013 postulierte volle Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt sei, könne aufgrund der Aktenlage nicht rekonstruiert werden. Hingegen sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin mindestens seit Beginn der Behandlung in der psychiatrischen Poliklinik C.____ seit dem 1. Juni 2014 in der angestammten Tätigkeit bis zum Gutachtenszeitpunkt etwa um 50 % eingeschränkt gewesen sei. In einer körperlich leichten Verweistätigkeit wechselbelastender Natur bestehe eine ganztags verwertbare zumutbare Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 %, welche mit Sicherheit ab Gutachtenszeitpunkt gelte. Es empfehle sich eine Behandlung der Beschwerdeführerin in einem tagesklinischen Setting in einer Institution mit Expertise in der Behandlung von chronischen Schmerzerkrankungen. Dabei sollte die Psychotherapie störungsspezifisch ausgerichtet sein und folgende Elemente enthalten: Veränderung des schon früher ausgeprägten Schockungsverhaltens, der kognitiven Einstellungen in Verbindung mit schmerzbezogenen Befürchtungen hinsichtlich Aktivität und Arbeitsfähigkeit sowie ausführliche Psychoedukation der Schmerzentstehung und Aufrechterhaltung. Daneben empfehle sich eine begleitende physiotherapeutische Behandlung zur Verbesserung der körperlichen Fitness mit Verbesserung der Koordination und Körperwahrnehmung und eine Verbesserung der eigenen Kontrolle auf die individuelle Belastungskapazität. Es empfehle sich eine Therapiedauer von mindestens drei Monaten mit Fortsetzung der Therapie im ambulanten Rahmen und einer weiteren Behandlungsdauer von erfahrungsgemäss einem bis zwei Jahren. Berufliche Massnahmen seien der Beschwerdeführerin zumutbar, sollten idealerweise aber erst nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung durchgeführt werden, um die Erfolgchancen für eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsprozess zu verbessern (Urk. 8/101/5).

Zur aktuellen Lebenssituation hielt der psychiatrische Konsiliararzt fest, die Beschwerdeführerin lebe seit dem Alter von 17 Jahren in fester Beziehung mit einem zwei Jahre jüngeren, ungelerten Bauarbeiter. Die Beziehung bezeichne die Beschwerdeführerin als "gut". Sie erlebe ihren Partner als unterstützend und fürsorglich. Sie habe regelmässig telefonischen Kontakt mit ihren Eltern und einer 29-jährigen Schwester. Zu einem Halbbruder habe sie eine regelmässige Beziehung. Daneben habe sie immer wieder Kontakte zu Freundinnen aus ihrem Heimatland, welche in der Schweiz lebten. Zwar spreche sie kein Deutsch, habe jedoch genügend soziale Kontakte, mit denen sie sich in ihrer Muttersprache unterhalten könne. Ihre Freizeit verbringe sie üblicherweise mit Spaziergängen, Fernschauen, Telefonaten mit den Eltern oder der Pflege sozialer Kontakte. Psycho soziale Belastungen habe sie auf Nachfrage explizit verneint und angegeben, mit dem Freund und der Familie gebe es keine Probleme, sie habe keine finanziellen Schwierigkeiten und keinen Ärger mit der ehemaligen Arbeitgeberin (Urk. 8/101/20). 4. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten (Urk. 8/101) vom 21. April 2016 basiert auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das interdisziplinäre Gutachten des B.____ erfüllt demnach alle rechtsprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm grundsätzlich voller

Beweiswert zukommt (vgl. E. 1.4). Der Schlussfolgerung der Gutachter, wonach bei der Beschwerde führerin aus psychiatrischen Gründen eine sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, kann in dessen mit der Beschwerde gegnerin – welche das Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens annahm – aus den nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden (vgl. E. 4.2, E. 4.3). 4.2

Ob die vorliegend zur Diskussion stehenden Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, ist eine Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlore (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 9C_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 2.2 mit Hinweis en).

Dem bidisziplinären Gutachten vom 21. April 2016 (Urk. 8/101) ist zu entnehmen, dass die in psychiatrischer Hinsicht attestierte 40-50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und die Einschränkung von 30 % in einer Verweistätigkeit mit dem Vorliegen eines chronischen Schmerz syndroms begründet wird, wobei darauf hingewiesen wurde, dass aus psychiatrischer Sicht kein Endzustand bestehe und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerde führerin durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne (Urk. 8/101/4-5). Aus rheumatologischer Sicht bestehen keine Einschränkungen.

Zu prüfen ist nachfolgend, ob gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 21. April 2016 (Urk. 8/101) und – soweit nötig – unter Berücksichtigung der weiteren fachärztlichen Berichte in Anwendung der mit BGE 141 V 281 materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren möglich ist oder nicht (E. 1.3.2). 4.3 4.3.1

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). 4.3.2

Unter dem Aspekt funktioneller Schweregrad ist dem bidisziplinären Gutachten zu entnehmen, die Störung führe zu einer Beeinträchtigung in der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit. Dies ergebe sich aus dem Mini-ICF-APP. Sämtliche weiteren Fähigkeiten in Bezug auf die angestammte Tätigkeit wurden als uneingeschränkt beurteilt (Urk. 8/101/25). Die Gutachter bezeichneten den Ausprägungsgrad der chronischen Schmerzstörung als mittel schwer. Sodann wurde ausgeführt, komorbide Störungen sowie Persönlichkeitsanteile, welche die Bewältigung der Schmerzen erschweren würden, seien nicht vorhanden (Urk. 8/101/28).

Von einer Behandlungsresistenz respektive von der Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten kann nicht die Rede sein. Gemäss Kurzgutachten von

Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bestand die zum Untersuchungszeitpunkt gegenwärtige Behandlung in der C.____ aus einem Termin alle zwei bis drei Wochen und einer Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva (Remeron 30 mg pro Tag, Seroquel 25 mg in Reserve bei innerer Unruhe, zuzüglich optional Redormin und Relexane als Bedarfsmedikation bei innerer Unruhe bzw. Schlafstörungen [vgl. VP-Kurz-Gutachten zu Händen des Krankenversicherers vom 9. November 2015,

Urk. 8/92/5]) . Am 11. Juni 2014

sei mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zur Behandlung der chronischen Schmerzstörung begonnen

worden (Urk. 8/60/2). Aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 14. bis 29. Januar im E.____, Klinik für Rheumatologie, und vom 29. Januar bis 26. Februar 2014 in der F.____ hospitalisiert war (Urk. 8/15, Urk. 8/22/7-10 [= Urk. 8/35/6-10]). Die Gutachter des B.____ stellten ihrerseits fest, dass die sich aus den Laborwerten ergebenden Ergebnisse auf eine teilweise medikamentöse Incompliance hindeuten (Urk. 8/101/30). Massgeblich jedoch hielten die Gutachter fest, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht kein Endzustand besteht und die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden kann. So empfahlen sie ein tagesklinisches Setting für drei Monate mit anschliessend ambulanter Weiterbehandlung (Urk. 8/101/4). Dabei sollte die Psychotherapie störungsspezifisch ausgerichtet sein und folgende Elemente enthalten: Veränderung des schon früher ausgeprägten Schonungsverhaltens, der kognitiven Einstellungen in Verbindung mit schmerzbezogenen Befürchtungen hinsichtlich Aktivität und Arbeitsfähigkeit sowie ausführliche Psychoedukation der Schmerzentstehung und Aufrechterhaltung. Daneben sei eine begleitende physiotherapeutische Behandlung zur Verbesserung der körperlichen Fitness mit Verbesserung der Koordination und Körperwahrnehmung und eine Verbesserung der eigenen Kontrolle auf die individuelle Belastbarkeit zu empfehlen; dies mit einer Therapiedauer von mindestens drei Monaten mit Fortsetzung der Therapie im ambulanten Rahmen und einer weiteren Behandlungsdauer von erfahrungsgemäss einem bis zwei Jahren (Urk. 8/101/5).

Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, so legte der psychiatrische Experte nachvollziehbar dar, weshalb keine weiteren psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sind. So fanden sich nach den gutachterlichen Ausführungen keine Hinweise für eine depressive Episode, Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung oder psychotische Störung (Urk. 8/101/27). Die Diagnose einer Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 41.2), wie sie noch im Bericht der psychiatrischen Poliklinik C.____ vom 5. März 2015 gestellt worden sei, sei nicht mehr nachweisbar. So kamen die Gutachter zum Schluss, es liege keine somatische oder psychiatrische Komorbidität vor (Urk. 8/101/4).

Weder die behandelnden Ärzte noch die Gutachter berichteten von einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur; die grundlegenden psychischen Funktionen sind nach den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung weitgehend intakt (vgl. die erhobenen Befunde, Urk. 8/101/23, vgl. Urk. 8/92/9), so dass keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen ersichtlich sind. Der psychiatrische Konsiliarist hielt diesbezüglich fest, auffällige oder für die Schmerzaufrechterhaltung gar relevante Persönlichkeitsfaktoren hätten aus psychiatrischer Sicht nicht nachgewiesen werden können. Insbesondere hätten sich prämorbid aus der Anamnese keine familiären oder sozialen Belastungen erkennen lassen, die zu einer defizitären Persönlichkeitsstruktur Anlass gegeben hätten (Urk. 8/101/30). Schwere Traumatisierungen oder Unfälle, Erkrankungen oder sonstige Schicksalsschläge sind nicht bekannt (vgl. auch Urk. 8/92/3). Es ist folglich von einer blauen Krankengeschichte auszugehen.

Hinsichtlich des Komplexes "Sozialer Kontext" ist zunächst auf die invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren hinzuweisen,

wie der Migrationshintergrund der Beschwerdeführerin, fehlende Deutschkenntnisse oder die Kündigung aus betrieblichen Gründen (Urk. 8/101/6; die Beschwerdeführerin selber verneinte das Vorhandensein psychosozialer Faktoren explizit [Urk. 8/101/20]). So dann lässt der Lebenskontext der Beschwerdeführerin auf durchaus vorhandene Ressourcen (Freizeitaktivitäten, Hobbies, unauffällige soziale Kontakte innerhalb der Herkunftsfamilie oder gegenüber Peers, 8 Jahre dauernde – als gut oder gar sehr gut bezeichnete – Partnerschaft, welche als unterstützend und für sorglich erlebt wurde; Urk. 8/101/20-21, Urk. 8/101/30, vgl. auch Urk. 8/92/4) schliessen.

Zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz ist zu erwähnen, dass der begutachtende Psychiater einen nicht erheblichen Widerspruch zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe festgestellt hat. Die Blutspiegelkonzentrationen der verordneten Medikamente seien etwas auffällig. Einerseits sei das Saroten retard (25mg pro Tag) nicht mehr nachweisbar gewesen. Andererseits seien die Werte des Lyrica (150 mg pro Tag) unter der Norm gelegen. So könne dies auf eine teilweise medikamentöse Incompliance hinweisen und bedeuten, dass die Schlafstörungen keine wesentliche Rolle mehr spielten oder dass die Beschwerdeführerin aufgrund von störenden Nebenwirkungen die Dosis von Lyrica und Saroten von sich aus reduziert habe (vgl. Urk. 8/101/25-26). Die subjektive Schilderung der Beschwerden war gemäss den Angaben des Psychiaters konsistent zum objektiven psychischen Querschnittbefund gewesen. Das behauptete insbesondere vormalige und aktuelle Leidensausmass sei für den Gutachter zudem gut anhand des geschilderten Leidensdrucks nachvollziehbar gewesen (Urk. 8/101/30). Der Rheumatologe stellte hingegen eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden fest (Urk. 8/101/4 und Urk. 8/101/42).

Unter Berücksichtigung der nunmehr beachtlichen Standardindikatoren, insbesondere der fehlenden Therapieresistenz des Schmerzsyndroms, aber auch mangels Komorbiditäten, wegen festgestellter Inkonsistenzen und des Vorhandenseins psychosozialer Faktoren und einer unauffälligen Persönlichkeitsstruktur, sind erhebliche funktionelle Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung respektive der in diesem Zusammenhang geklagten Beschwerden nicht schlüssig nachgewiesen. Das diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hat so mit gestützt auf die Feststellungen der Gutachter (noch) keine invaliden versicherungsrechtlich relevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin stehen dieser Schlussfolgerung auch die Abklärungen des RAV nicht entgegen (Urk. 8/67 [= Urk. 8/69], Urk. 8/80), da gemäss den Feststellungen im Abklärungsbericht vom 9. Juni 2015 die Motivation der Beschwerdeführerin, alternative Arbeitstätigkeiten auszuüben fraglich erscheint und invaliditätsfremde Gründe eine berufliche Integration erschweren (Urk. 8/67/3). Ferner ist hinsichtlich der von den beruflichen Fachpersonen festgestellten gesundheitlichen Leistungseinschränkungen darauf hinzuweisen, dass der rheumatologische Gutachter im Einklang mit den Vorakten kein medizinisches Substrat feststellen konnte. Dass den Gutachtern der genannte Bericht nicht vorgelegen hat ist dabei nicht massgebend, weil in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen der medizinischen Beurteilung Vorrang zukommt. 5.

Damit ist die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde, nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 6.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 7 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführer in zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

E. 6.2

Mit ihrer Beschwerde vom 11. Oktober 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.

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

/ 1), weshalb dem Gesuch der Beschwerdeführerin zu entsprechen ist. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hin zu weisen, 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 11. Oktober 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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

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