

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01412 vom 16. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01412

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01412 du 16 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01412 del 16 luglio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1

des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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 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. Andern falls 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. 1.4

am Ende). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit über die Hospitalisation speriode hinaus erfolgte nicht (vgl. Ziff.

E. 1.6

und Ziff. 1.11). 4 .9

Das Gutachten der Ärzte der MEDAS A.____ vom 2 7. September 2016 (Urk. 9/165/1-51) basiert auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 2 Mitte).

Als einzige Dia gnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein

chronifiziertes , massiv überlagertes zervikozephal es und zervikobrachiales Schmerz syndrom, deutlich rechtsbetont , genannt (S. 49 Ziff. 4.1) .

Des Weiteren wurden unter anderem folgende Diagnosen ohne wesentliche Ein schränkung der zumutbaren A rbeitsfähigkeit angeführt (S. 49 f. Ziff. 4.2): - psychologische Faktoren u nd Verhaltensfaktoren bei ander eno rts klassifi zierten Krankheiten

- chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom mit Halbseitensensibilitäts störung ohne hierfür adäquates organisch es Korrelat am Bewegungsappa rat

- Adipositas Grad 2

- arterielle Hypertonie

- Diabetes mellitus Typ 2

- Dyslipidämie

- gemischte Ha rnikontinenz III

Aus allgemein-internistischer Sicht wurde ausgeführt, dass eine konklusive Unter suchung der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Verhaltens nur eingeschränkt möglich gewesen sei (S. 40 unten). Die deutlich vorgealterte, adipöse Beschwerdeführerin sitze somnolent im Rollstuhl. Der affektive Rapport sei kaum herstellbar, es bestehe eine deutlich gedrückte depressive Grundstimmung. Die Beschwerdeführerin sei sehr klagsam und jammerig (S. 40 Ziff. 2.1). Medizinisch-theoretisch ergebe sich eine zumutbare und verwertbare Arbeitsfähigkeit von 100 % sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit. Eine Nähe zur Toilette müsse jedoch gewährleistet sein, schwere körperliche Arbeiten seien bei Adipositas Grad 2 und insuffizient eingestellter arterieller Hypertonie zu vermeiden (S. 49 oben).

Der rheumatologische Gutachter hielt fest, dass aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin mit weitgehend unmöglicher Untersuchbarkeit elementare Voraussetzungen fehlen würden , damit eine seriöse gutachterliche Untersuchung und Leistungseinschätzung erbracht werden könne. Aufgrund dessen sei der Beweis einer Behinderung aus rheumatologischer Sicht nicht zu erbringen. Inkonsistent und diskrepant

zu den Angaben chronisch invalidisierender Schmerzen mit Rollstuhlbedürftigkeit habe er eine unauffällige muskuläre Trophik insbesondere ohne Seitendifferenz im Bereich der oberen und unteren Extremitäten gefunden. Der in der Untersuchungssituation gezeigte plegische Arm dürfte aufgrund dieses Befundes im Alltag regelmässig eingesetzt werden (S. 42 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin berichte, andauernd unter starken Schmerzen zu leiden. Sie sei nicht in der Lage, die Auswirkungen der Schmerzen im Alltag differenziert zu beschreiben. Auch sei sie der Meinung, dass die Schmerzen andauernd gleichförmig intensiv seien. Eine undifferenzierte Schmerzwahrnehmung sei atypisch für Patienten, die unter einer Schmerzerkrankung leiden (S. 42 Ziff. 2.4.2). Die Beschwerdeführerin mache weniger einen schmerz erfüllt leidenden, sondern vielmehr einen müden Eindruck (S. 42 f.).

Im Rahmen der strukturierten Untersuchung sei sie in der Lage, Fragen konkret und adäquat zu beantworten. Die Aufmerksamkeit sei nicht beeinträchtigt (S. 43 unten). Es fänden sich keine Anhaltspunkte für kognitive Beeinträchtigungen oder für Sinnestäuschungen oder Wahrnehmungsstörungen (S. 43 f.). Die Verdachtsdiagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sei während der sechswöchigen Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik Schlössli nicht erhärtet worden (S. 44 Mitte). Es könne davon ausgegangen werden, dass bei der Genese der Müdigkeitsgefühle und der Depression Medikamente eine Rolle spielten. Bei der Beschwerdeführerin finde sich ein tiefes Tagesaktivitätsniveau (S. 44 unten).

Das Gefühl, schwer krank zu sein, sei vorherrschend. Es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Schmerzerleben und dem beobachtbaren Verhalten. Eine Simulation sei eher unwahrscheinlich. Es sei von einer Aggravation auszugehen, im Weiteren sei eine Symptomausweitung wahrscheinlich (S. 45 unten). Die Beschwerdeführerin sei medizinisch theoretisch voll arbeitsfähig. Ein andauernder invalidisierender Gesundheitsschaden bedingt durch eine psychiatrische Erkrankung sei nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit nachweisbar (S. 47 Mitte).

Im Rahmen der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, dass im polydisziplinären Konsens der Beweis einer anhaltenden Behinderung nicht erbracht werden könne (S. 50 Ziff. 5.2). Zu den medizinischen Massnahmen wurde ausgeführt, die Medikamentenliste berge in der Kombination von Opiaten mit einem Antidepressivum, einem atypischen Antipsychikum und einem Benzodiazepin nicht nur ein erhebliches Nebenwirkungsrisiko, das einen Grossteil der Beschwerden erklären könnte, sondern sei gegen die Schmerzen auch nicht wirksam (S. 50 Ziff. 5.3). 4.10

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____

nahmen am 1. Dezember 2016 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 3) Stellung zum Gutachten der MEDAS

A.____. Sie hielten fest, die psychiatrischen Experten der MEDAS Z.____ und der MEDAS

A.____ referierten voll ständig verschiedene Symptome und gelangten daher zu diametral unterschiedlichen Beurteilungen. Vor allem im Gutachten der MEDAS

A.____

wür den der Sachverhalt unrichtig und unvollständig dargestellt und die vorhandenen Symptome entweder nicht erfragt oder mit Aggravation wegdiskutiert, obschon ein mittlerweile 10jähriges schweres Krankheitsbild vorliege, welches progredient und therapieresistent sei (S. 3 Mitte). 4 .11

Mit Schreiben vom 9. Juli 2017 (richtig: Juni 2017; Urk. 18) nahmen die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____

erneut Stellung. Sie führten aus, dass eine sorgfältige Abklärung der psychotischen Anteile der Symptomatik fehle. Während des stationären Aufenthaltes habe sich ein viel differenzierteres Bild ergeben, als dies von den Gutachtern ermittelt werden können. Es sei ein psychotisches Geschehen in Zusammenhang mit der schweren Depression diagnostiziert worden (S. 1). 5 . 5 .1

Aus den vorliegenden Berichten ergibt sich das Bild einer Beschwerdeführerin, die im Rollstuhl sitzt - was sie mit hoher Müdigkeit und Kraftlosigkeit begründet (Urk. 9/165/44 Mitte) -, über starke Schmerzen klagt, und aufgrund ihres Verhaltens fast nicht untersucht werden kann. Die Ärzte sind sich einig, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Schmerzempfinden und den objektiv geringen Befunden besteht. Eine Aggravation ist wohl unbestritten und wird auch seitens der Ärzte der Medizinischen Zentren B.____ bestätigt. 5. 2

Das Gutachten der Ärzte der MEDAS A.____ vom September 2016 erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1. 5). Die Gutachter gaben ihre Beurteilungen nach persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin und in Kenntnis der Vorakten ab. Sie legten nachvollziehbar dar, weshalb der Beweis eines anhaltenden invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht erbracht werden könne. Zudem wiesen die Gutachter der MEDAS A.____ darauf hin, dass die eingenommenen Medikamente einige der Beschwerden erklären könnten.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, dass sich aus dem Gutachten der MEDAS Z.____

vom Mai 2015 klar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ergebe, vermag dies nicht zu überzeugen. So wurde im Gutachten der MEDAS Z.____

festgehalten, dass sich Hinweise auf Störungen aus dem Bereich der Schizophrenie fänden, des Weiteren auch Hinweise auf ein Depressionsgeschehen und auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Auch wurde eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit zum jetzigen Zeitpunkt festgestellt. Die Ärzte der MEDAS Z.____

hielten jedoch fest, dass derzeit weder eine diagnostische Zuteilung getroffen noch eine Leistungsfähigkeit definiert werden könne. Angesichts dessen war eine erneute Begutachtung notwendig.

Eine andauernde volle Arbeitsunfähigkeit kann aus dem Gutachten der MEDAS Z.____ somit nicht abgeleitet werden.

Die Ärzte der F.____

gingen in diagnostischer Hinsicht von einer somatoformen Schmerzstörung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen

Symptomen, aus. Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, jedoch explizit nur während des stationären Aufenthalts.

Soweit die Ärzte der Medizinischen Zentren B.____

- bei welchen die Beschwerdeführerin in Behandlung steht – weiterhin (seit Oktober 2006 [vgl.

Urk. 9/70 S. 6 f.]) von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgehen, vermag dies das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, zumal sie sich in einer Vertrauensstellung gegenüber der Beschwerdeführerin befinden (vgl. E. 1. 6). Zudem ist auch nicht ganz klar, worauf sie die Arbeitsunfähigkeit stützen. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ hielten im August 2011 fest, dass die Beschwerdeführerin wegen der psychiatrischen Diagnose der Anpassungsstörung arbeitsunfähig sei. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____ nannten die Diagnose einer Anpassungsstörung im September 2013 nicht mehr, jedoch neu eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Im Dezember 2015 hielten sie fest, dass eine Invalidität aufgrund von körperlichen (Schmerzen, Harninkontinenz) und psychiatrischen (psychotisches Geschehen) Störungen vorliege. 5.3

Nach dem Gesagten ist auf das Gutachten der MEDAS A.____ abzustellen, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein andauernder Invalidisieren der Gesundheitsschaden vorliegt.

Gemäss der allgemeinen Beweisregel (Art.

E. 2

0. Dezember 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur erneuten Beurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1 Mitte). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 10. Mai 2017 (Urk. 15) wurde der Beschwerdeführerin antragsgemäss (Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Georg Engeli als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Gleichzeitig wurde ihr die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt. Mit Eingabe vom 27. Juni 2017 (Urk. 17) reichte die Beschwerdeführerin einen aktuellen medizinischen Bericht (Urk. 18) ein. Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 29. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist

der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich ihr Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat. Für die Beurteilung der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, wird der Sachverhalt zur Zeit der strittigen Verfügung (November 2016) verglichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der letzten anspruchsverneinenden Verfügung vom 2. März 2009 (Urk. 9/60) bestanden hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, dass keine langandauernde gesundheitliche Einschränkung bestehe und die Beschwerdeführerin

weiterhin zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 1 unten; vgl. auch Feststellungsblatt, Urk. 9/166). In der Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte sie an, dass gestützt auf das Gutachten vom 27. September 2016 von einer Aggravation aus zu gehen sei (S. 2 oben). Aufgrund der ärztlichen Feststellungen sei aus rechtlicher Sicht ein Ausschlussgrund gegeben. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden müsse damit verneint werden (S. 2 Mitte).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin machte in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass sich aus dem Gutachten vom Mai 2015 und den weiteren Arztberichten klar ergebe, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (S. 3 oben). Die Beschwerdegegnerin

sei damit nicht einverstanden gewesen und habe ein neues Gutachten erstellen lassen (S. 2 oben). Dass sich die

Beschwerdegegnerin nun auf das zweite Gutachten berufe, sei ihres Erachtens willkürlich. Andere Beurteilungen seien gar nicht oder nur unzureichend berücksichtigt worden. Sie verwies auf ein Schreiben der Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____, welches auf zahlreiche Mängel im neusten Gutachten hinweise (S. 2 Mitte). Falls ihrer Beurteilung nicht gefolgt werden könne, beantrage sie eine Beurteilung der divergierenden Aussagen der beiden Gutachten durch eine medizinische Fachperson (S. 3 oben). 3. 3.1

Der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 2. März 2009 (Urk. 7/52) wurde im Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. August 2010 zusammenfassend dargestellt (Urk. 9/70 S. 5 ff. Ziff. 3). Das Sozialversicherungsgericht stellte zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Ärzte des C.____ vom 20. August 2008 ab (vgl. Urk. 9/70 S. 15 Ziff. 4.2 und S. 18 oben). 3.2

Die Ärzte des C.____ nannten im Gutachten vom 20. August 2008 (Urk. 9/38) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom (S. 16 Ziff. 5.1). Daneben führten sie im Wesentlichen folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 16 Ziff. 5.2): - Schmerzverarbeitungsstörung - beginnendes metabolisches Syndrom - leichte Leberenzymhöhung unklarer Aetiologie - rezidivierende gastritische Beschwerden

Im Rahmen der neurologischen Beurteilung wurde angegeben, die Untersuchung sei äusserst erschwert gewesen durch ständige Schmerzäusserungen, Gegen spannen, Abwehrhaltung und eine wiederholt durchbrechende Affekt labilität. Es sei festzuhalten, dass sich letztlich kein neurologisches Defizit objektivieren lasse, aber eine erhebliche Ausgestaltung angenommen werden müsse. Einige Befunde der klinischen Untersuchung (z.B. Prüfen des Lasègue) würden auf eine bewusst seinsnahe Ausgestaltung hinweisen, andererseits sei bei der Affekt labilität auch die Differentialdiagnose einer somatoformen Schmerz störung beziehungsweise Konversionsstörung in Betracht zu ziehen, was in das psychiatrische Fachgebiet falle (S. 15 Ziff. 4.2.4). Aufgrund des zervikozephalen Schmerzsyndroms seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder Überkopfarbeiten nicht zumutbar. Für alle übrigen, körperlich leichten Frauenarbeiten bestehe aus neurologischer Sicht bei zumutbarer Willensanstrengung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 4.2.5).

Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht stehe das beginnende metabolische Syndrom im Vordergrund bei Adipositas. Daraus resultiere keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 6.2).

Bei der psychiatrischen Exploration sei die Beschwerdeführerin mit schmerzverzerrtem Gesicht zusammengezuckt, als der Begutachter ihr zur Begrüssung die Hand gegeben habe. Auch eine leichte Berührung an der Schulter bei der Verabschiedung habe zu äusserst heftigen, demonstrativ anmutenden Schmerzäusserungen geführt. Wiederholt habe sie von ihren Schmerzen berichtet, dass diese ihr ein normales Leben verunmöglichen würden. Bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine lebhaft Mimik und Gestik gehabt. Die Stimmung sei klagsam, leicht herabgesetzt und der affektive Rapport distanziert gewesen. Immer wieder habe sie ihre Beschwerden in epischer Breite geschildert und sei zum Teil kaum in der Lage gewesen, auf die gestellten Fragen einzugehen. Das Denken sei formal unauffällig gewesen, inhaltlich seien die Klagen über ihre Beschwerden im Vordergrund gestanden (S. 10 Ziff. 4.1.2). Die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall vom 13. Februar 2006 an Schmerzen praktisch am ganzen Körper. Es sei zu einer massiven Schmerzausweitung gekommen. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei auf ihre Beschwerden fixiert und ziehe aus ihnen einen hohen sekundären Krankheitsgewinn. Sie müsse keiner ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit mehr nachgehen und werde von ihrem Ehemann und den Kindern umsorgt. Es zeigten sich ausgeprägte aggraviorische Verhaltensweisen. Das Schmerzverhalten sei sehr demonstrativ. Eine depressive Störung liege nicht vor. Die Stimmung sei zwar herabgesetzt, aber nicht eigentlich depressiv. Es werde auch keine psychopharmakologische Therapie durchgeführt (S. 11 Ziff. 4.1.4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der Schmerzverarbeitungsstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden (S. 11 Ziff. 4.1.5). Eine depressive Störung sei nicht nachweisbar und die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung seien ebenfalls nicht gegeben (S. 17 Ziff. 6.2).

Zusammenfassend bestehe für körperlich leichte bis intermittierend mittel schwere, adaptierte Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 18 Ziff. 6.9). Diametral dazu stehe die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich für arbeitsunfähig halte. Sie unterstreiche dies mit einem deutlichen, aggraviorischen Verhalten (S. 17 Ziff. 6.5). 4.4.1

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ nannten im Bericht vom 29.

August 2011 (Urk. 9/82) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts

- Morbus Sudeck rechter Vorderarm und rechte Hand unklarer Genese
- Verdacht auf Fibromyalgie (Dr. E.____ am 12. Oktober 2007)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Anpassungsstörung
- Adipositas

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ kamen im Rahmen einer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit 100% arbeitsunfähig sei (S. 6 unten). Die Beschwerdeführerin sei wegen der psychiatrischen Diagnose der Anpassungsstörung arbeitsunfähig und nicht primär und schon gar nicht

ausschliesslich wegen der Aggravation (S. 7 oben).

Sie habe Schmerzen, überzeichne deren Auswirkungen aber grotesk. Soweit fremdanamnistisch vom Ehemann erhoben, gebe es über die Zeit keine Ausnahmen von der Schmerzaggravation, die Beschwerdeführerin vergesse sich in ihrem Leidenszustand nie (S. 7 Mitte). Sie sei für die Umwelt geradezu erdrückend. Sie verlange im Rahmen ihrer Störung eine Vollversorgung ohne die geringste Eigenaktivität (S. 7 unten). 4 .2

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____ berichteten am 10. Januar 2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/83), dass die Beschwerdeführerin seit 39 Sitzungen in ihrer Behandlung stehe, bei unverändertem Zustandsbild trotz medikamentöser Behandlung. Es handle sich um eine chronische Schmerzpatientin in einem imponierend schlechten Zustand und völliger Unfähigkeit zu gehen, die ständig auf Begleitung angewiesen sei und zuhause meist im Bett liege. Der 100% arbeitende Ehemann sowie die drei Söhne und die Schwiegertochter seien zuhause und würden nach Kräften helfen. Ein Handrollstuhl würde die Situation der Beschwerdeführerin sehr entlasten.

Im ergänzenden Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 28. Februar 2013 (Urk. 9/84) diagnostizierten die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____

neu eine schwere depressive Episode (S. 1 Mitte). Sie gaben an, dass die Prognose äusserst schlecht sei (S. 2 unten). 4 .3

Im Bericht der Ärzte des Medizinischen Zentrums B.____ vom 23. September 2013 (Urk. 9/108) wird anders als im

Bericht vom 29. August 2011 die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht mehr aufgeführt, jedoch neu eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (S. 3 oben). So habe das Beschwerdebild – auch die Schmerzen – seit 2010 zugenommen, mit vorherrschender Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Rückzug, Gedankenkreisen, Schlafstörungen, Halluzinationen und Gewichtszunahme (von 60

kg auf heute 95

kg bei 165

cm; S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin sei mit Sicherheit zu 100 % arbeitsunfähig auch in angepassten Tätigkeiten. Auch den Alltag könne sie nicht mehr bewältigen (S. 3 Mitte). 4 .4

Das Gutachten der Ärzte der MEDAS Z.____ GmbH vom 25. Mai 2015 (Urk. 9/124/1-28)

basiert auf einer internistischen, einer psychiatrischen und einer rheumatologischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl.

S. 1 Mitte und S. 2 Mitte). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 21 Ziff. 1.1): - Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis - Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlicher Störung

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, es bestünden Inkonsistenzen zwischen der körperlichen Pflegebedürftigkeit und dem somatischen Status, was psychopathologisch am ehesten erklärbar sei durch regressives Verhalten. Auffällig sei das Fehlen angemessener Therapiemassnahmen (Spitex, stationäre Aufnahme). Die Schwierigkeit sei die korrekte Zuweisung der Symptomatik zu entsprechenden Krankheitsbildern. Erschwert sei dies durchaus durch Aggravation. Es fänden sich Hinweise auf Störungen aus dem Bereich

Schizophrenie . Es sei erforderlich, die Beschwerdeführerin zu einem stationären Aufenthalt zu verpflichten, um hier diagnostische Klarheit zu schaffen. Ohne diese werde eine Behandlung der möglichen und grundsätzlich behandelbaren Störung nicht stattfinden können (S. 20 Mitte). Es ergäben sich Hinweise auf ein Depressionsgeschehen, das Gesamtgeschehen sei aber nicht durch eine depressive Episode erklärbar. Dann ergäben sich durchaus auch Hinweise auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die somatische Symptomatik und Hilflosigkeit könne aber auch durch regressives Verhalten im Rahmen der angenommenen psychotischen Störung erklärt werden. Unter der Diagnose einer Verhaltensauffälligkeit seien zahlreiche Phänomene zu beschreiben, etwa Aggravation, Symptomausweitung im Sinne einer passiv vermeidenden dysfunktionalen Schmerzbewältigung, insbesondere Persönlichkeitsregression. Auch fänden sich ein übertriebenes Schonverhalten, Verharren in Krankenrolle, eine subjektive Leistungsinsuffizienz und ein zunehmend sekundärer Krankheitsgewinn (S. 20 unten). Es finde sich eine Diskrepanz zwischen diagnostischen Annahmen und Therapie (zum Beispiel schwere Depression behandelt mit niedrig dosiertem Antidepressivum, Annahme psychotischer Symptomatik ohne Verabreichung von Neuroleptika, völliger Verzicht auf teilstationäre und stationäre Massnahmen, unzureichende Exploration der Beschwerdeführerin, Ehemann als Dolmetscher; S. 20 f.) . Aus psychiatrischer Sicht sei es gegenwärtig nicht möglich, eine Leistungsfähigkeit zu definieren (S. 21 oben).

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde festgestellt, dass ein psychiatrisches Krankheitsbild dominiere, das die Leistungsfähigkeit zum jetzigen Zeitpunkt einschränke. Eine sichere diagnostische Zuordnung könne zurzeit nicht getroffen werden, eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erscheine aber am wahrscheinlichsten. Demgegenüber liege aus rheumatologischer Sicht kein Krankheitsbild vor, das die Leistungsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit einschränken würde (S. 23 oben). Auf der somatischen Ebene liessen sich kaum Beeinträchtigungen feststellen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem subjektiv ausgeprägten Schmerzempfinden und den objektiv geringen Befunden (S. 23 unten). Notwendig erscheine ein diagnostisch-therapeutischer mehrwöchiger stationärer Aufenthalt (S. 25 oben). 4.5

Vom 25. August bis 7. Oktober 2015 befand sich die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung in der F.____. Im Bericht der Ärzte der F.____ vom 17. November 2015 (Urk. 9/135) wurden folgende psychiatrischen Diagnosen und Belastungsfaktoren genannt (Ziff. 1.1) : - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Die Ärzte der F.____ attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während des stationären Aufenthaltes (Ziff. 1.6). Aufgrund der seit mehreren Jahren anhaltenden Symptomatik sei eine Verbesserung eher unwahrscheinlich (Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ZGB), welche auch im Sozialversicherungsrecht gilt, trägt die versicherte Person die Beweislast für das Bestehen eines Gesundheitsschadens und für die Tatsachen, welche diesen als invalidisierend erscheinen lassen. Denn sie leitet daraus Rechte, den Anspruch

auf eine Invalidenrente, ab. Gelingt es der versicherten Person, unter Einbezug der im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes gebotenen Abklärungen des Versicherungs trägers (Art. 43 ATSG) resp. - im Beschwerdefall - des Sozialversicherungs gerichts (Art. 61 lit . c ATSG), nicht, den geklagten Gesundheitsschaden und dessen invalidisierende Auswirkungen nachzuweisen, trägt sie daher die Folgen der Beweislosigkeit und sie verfügt über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheits schaden nicht invalidisierend auswirkt. Vermutet wird Validität, nicht Invalidität (Urteil des Bundesgerichts 8C_324/2014 vom 1 5. Januar 2015 E.

3.2 mit Hinwei sen).

Vorliegend vermochte die Beschwerdeführerin trotz umfassenden Abklärungen seitens der Beschwerdegegnerin keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden nachzuweisen.

Wie bereits im März 2009 ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen und es besteht nach wie vor kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Damit erweist sich die anspruchsverneinende Verfügung vom 1 6. November 2016 (Urk. 2) als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6 . 6 .1

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 7 00.-- fest zusetzen und ausgangsgemäss de r Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6 . 2

Rechtsanwalt Georg Engeli reichte trotz entsprechendem Hinweis in der Gerichts verfügung vom 1 0. Mai 2017 (Urk. 1 5) keine Honorarnote ein. Angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Falles sowie unter Berück sichtigung des praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 220.-- ist sein e Entschä digung von Amtes wegen auf Fr. 1' 85 0 .-- (inklusive Barauslagen und M ehrwert steuer) festzusetzen. Die Beschwerdeführer in wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen, wonach sie zur Nach zahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Georg Engeli, Winterthur, wird mit Fr. 1' 85 0 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Georg Engeli -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 Bundesge

setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Mosimann Neuenschwander-Erni

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