

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00110 vom 25. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00110

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00110 du 25 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00110 del 25 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1969 geborene X.____, Hausfrau ohne Berufsausbildung und Mutter vierer 1990, 1998, 1999 und 2004 geborener Kinder (Urk. 12/32/10, Urk. 17 S. 2), meldete sich mit Datum vom 1. September 2015 unter Hinweis auf eine Depression sowie ein Trauma bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 12/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug vom 14. Oktober 2015, Urk. 12/7) bei und tätigte medizinische Abklärungen. Am 11. März 2016 teilte sie der Versicherten mit, aufgrund ihrer Tätigkeit als Hausfrau seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen notwendig (Urk. 12/12). Im Hinblick auf die Rentenprüfung tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie das interdisziplinäre (Rheumatologie/Psychiatrie) Gutachten der Y.____ vom 28. September 2016 (Urk. 12/32/1-37). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 12/34, Urk. 12/41, Urk. 12/43 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 27. Dezember 2016 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 d es Allgemeinen Teils 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. 1.2

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 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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext 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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.5

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. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person 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. 1.7

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 Vorakten (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.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 28. Januar 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihr eine ganze Rente zuzu sprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Ausserdem legte sie diverse Beilagen auf (Urk. 3/1-3). Am 9. März 2017 reichte die Beschwerdeführerin die angeforderten Unterlagen zum Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit nach (Urk. 8, Urk. 9, Urk. 10/1-13). Mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was der Beschwerdeführerin am 3. Mai 2017 zu Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Mit Eingaben vom 27. Oktober und 2. November 2017 gab die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen zu den Akten (Urk. 14-17). Am 6. November 2017 wurde der Beschwerdegegnerin je eine Kopie dieser Eingaben zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 18).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, die gesundheitliche Einschränkung sei ursächlich auf eine Reihe psychosozialer, invaliditätsfremder Belastungsfaktoren zurückzuführen. Auf eine Abklärung vor Ort sei

deshalb verzichtet worden. Da der IV-Grad unter 40 % liege bestehe kein Anspruch auf eine Rente (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, sie sei aufgrund ihrer schweren Lebensgeschichte seit 19 Jahren psychisch krank und ihre Beschwerden schwankten zwischen mittel- und schwergradig. Der Umstand, dass sie zwei Mal wöchentlich Unterstützung durch die Spitex brauche, sage schon genug über ihren Gesundheitszustand aus. Auf das psychiatrische Gut achten könne nicht abgestellt werden. Ihre Beschwerden seien nicht vollständig berücksichtigt worden und die Übersetzung sei nicht immer korrekt gewesen. Der Streit in der Familie sei aufgrund ihrer psychischen Erkrankung entstanden und nicht umgekehrt. Ausserdem hätten die Streitereien in der Familie entgegen dem Gutachten keinen wesentlichen Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit. Vielmehr sei auf den Bericht von Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, A.____ abzustellen, wonach sie (die Beschwerdeführerin) an einer rezidivierenden, mittelgradigen, depressiven Störung sowie posttraumatischen Belastungsstörung leide und zu 100 % arbeitsunfähig. Zudem leide sie an rheumatologischen Beschwerden. Der rheumatologische Gutachter sei versicherungsfreundlich, weshalb (sinngemäss) auf dessen Einschätzung nicht abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 3 f.). 3.

Hinsichtlich der wesentlichen medizinischen Vorakten wird auf die betreffenden Ausführungen im bidisziplinären Gutachten vom 28.

September 2016 verwiesen (Urk. 12/32/4 ff.).

In ihrem Gutachten diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1 , Urk. 12/32/27).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen (Urk. 12/32/27):

- Diverse psychosoziale Faktoren: Konflikte mit dem Ehemann (Z63.0), Konflikte in der Familie (Z63.8), mangelnde Sprachkenntnisse (Z60.0), fehlende schulische Bildung (Z55) - Nicht näher spezifizierbare Weichteildruckpunkte diffus verteilt paravertebral, Schultergürtelregion, Musculus infraspinatus-Region und hochparavertebral-Region beidseits ohne strukturelles Korrelat im Sinne von Tenderpoints bei - globalmuskulärer Insuffizienz mit thorakaler Fehlhaltung und knapp nicht korrigierbare r thorakaler langgezogener Kyphosebildung - fehlenden Hinweisen für eine vertebrogene Dysfunktion oder Schmerzquelle bei paravertebraler segmentaler unauffälliger Untersuchung - Verdacht auf Somatisierungskomponente bei - deutlicher Beschwerdelinderung unter Einnahme des Antidepressivums Deanxit und eines Schlafmedikamentes, dessen Name von der Beschwerdeführerin nicht genannt werden kann

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration im Beisein einer persisch sprechenden Übersetzerin habe die Beschwerdeführerin angegeben, ihr Herz tue weh. Sie würde ihren Mann und ihre Kinder nicht mögen. Der Rücken sei so schwer. Sie könne daher nicht mehr kochen. Sie denke viel. Am Tag habe sie Angst vor allen Leuten, vor den Kindern und vor ihrem Mann. Wenn sie den Namen ihres Mannes höre, werde ihr Herz eng. Seitdem ihr Mann sie das letzte Mal geschlagen habe, habe sie Orientierungsstörungen. Die Töchter sagten, sie sei "verrückt" . Sie

hasse die Welt und weine viel. Die Kinder würden ihr nicht zuhören. Vor sechs oder sieben Jahren sei die KESB für Jugendliche und Kinder gekommen und die Frau der KESB sei dann die Mutter ihrer Kinder geworden. Sie selbst sei seither nur noch Abfall. Sie habe keine Geduld und keine Nerven mehr, möchte alleine sein und mit niemandem reden. Sie habe auf der Welt und in ihrem Leben keine gute Zeit, sie sei nie glücklich. Sie habe schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, aber dann erinnere sie sich an ihren jüngsten Sohn, den sie sehr möge, und sie denke dann, was mit ihm passieren würde, wenn sie sich etwas antäte. Die psychischen Probleme hätten angefangen, als sie ihren Mann geheiratet habe. Seitdem habe sie einen Stein im Herzen und es sei alles immer schlimmer geworden (Urk. 12/32/11 ff.).

Im Rahmen der Befundung hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei wach und zu allen Qualitäten orientiert. Es habe im Gespräch weder Hinweise für Orientierungsstörungen noch für eine Beeinträchtigung der Konzentration oder der Auffassungsfähigkeit gegeben. Vielmehr habe die Beschwerdeführerin dem gesamten Gespräch folgen können. Ihr Denken sei inhaltlich und formal im strengen Sinne unauffällig, jedoch geprägt von einer sehr bildhaften blumigen Sprache und einer gewissen inhaltlichen Zentrierung auf das eigene Leiden.

Sodann

habe es keine Hinweise auf Flash-backs gegeben; die Beschwerdeführerin habe ihr Heimatland Afghanistan verlassen, weil der Ehemann verfolgt worden sei. Sie habe auch auf konkrete Nachfragen nicht davon berichtet, dass sie selbst unmittelbar in Kriegereignisse verwickelt gewesen sei oder unmittelbar Kriegshandlungen in Afghanistan erlebt habe. Weiter habe die Beschwerdeführerin keine Hypervigilanz gezeigt und an keiner Stelle von Intrusionen oder traumatischen Kriegserinnerungen gesprochen. Phobien und Zwänge seien auszuschließen.

Die Stimmung der Beschwerdeführerin wirke ernst und "abgelöscht" und daher zum depressiven Pol hin verschoben (Urk. 12/32/15 f.). Beim Rating mit der Hamilton Depressionsskala (21 Items) habe die Beschwerdeführerin insgesamt 21 Punkte erreicht, was einer mittelschweren Depression (20- 26 Punkte) entspreche.

Im TOMM Test habe sie im ersten Lerndurchgang 20 Punkte und im zweiten Lerndurchgang 16 Punkte erzielt. Dies spreche für eine deutliche Aggravation. Sodann fehlten Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung.

Demgegenüber zeigten sich Eigenarten, die kulturell bedingt seien. Weiter bestünden keine belastbaren Hinweise für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne des ICD-10. So habe die Beschwerdeführerin keine für eine posttraumatische Belastungsstörung typischen Symptome (keine Flash-backs, keine emotionale Abweichung - weder in Richtung einer emotionalen Beteiligung noch in Richtung einer auffallenden Indifferenz oder einer emotionalen Versteinerung - beim Sprechen über den Krieg, keine Hypervigilanz) gezeigt. Von den Kardinalsymptomen einer Depression gemäss ICD-10 seien eine gedrückte Stimmung, Anhedonie, eine

Antriebsminderung, pessimistische Zukunftsperspektiven und Suizidgedanken festzustellen, so dass formal die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F32.1) zu stellen sei. Obwohl diese Symptomatik schon seit längerem unverändert bestehe, werde hier keine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, da

die bestehende Symptomatik zweifellos überwiegend durch psychosoziale Faktoren verursacht und unterhalten werden: Konflikte mit dem Ehemann (Z63.0), Konflikte in der Familie (Z63.8), mangelnde Sprachkenntnisse (Z60.0), fehlende schulische Bildung (Z55). Vor diesem Hintergrund sei der eigentliche Krankheitswert der depressiven Störung zu relativieren, was wiederum im Rahmen der Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu berücksichtigen sei (Urk. 12/32/17 f.).

Zusammenfassend besteht eine objektiv leichte bis maximal mittelschwere Beeinträchtigung der Gesundheit, die überwiegend auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen sei. Ausserdem gebe es Hinweise auf Aggravation der Beschwerden und Diskrepanzen bei den Schilderungen der Beeinträchtigungen (Urk. 12/32/19). Bei einer mittelgradigen Depression sei maximal eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Da im vorliegenden Fall die genannten psychosozialen Faktoren eine entscheidende ursächliche Rolle spielten, könne eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit lediglich im Umfang von 20% zuerkannt werden. Es sei der Beschwerdeführerin grundsätzlich zumutbar, eine leichte, repetitive, serielle Hilfstätigkeit auszuüben. Betreffend die Arbeitsfähigkeit im Haushalt gelte grundsätzlich dasselbe wie für die ausserhäusliche Arbeitsfähigkeit, so dass auch hier aus psychiatrischer Sicht maximal eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt werden könne (Urk. 12/32/20).

In rheumatologischer Hinsicht leide die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben seit acht

Jahren, deutlich verstärkt seit drei Jahren (vgl. demgegenüber Urk. 12/32/25 f., wonach sie seit dem ersten Tag nach Einreise in die Schweiz an körperlichen Beschwerden leide), an Beschwerden im Schultergürtelbereich beidseits, über der oberen Thoraxapertur und

im Bereich der Brust sowie beider Axillen. Diese Beschwerden habe sie vor allem tagsüber, nicht in der Nacht, weil sie morgens und abends das Medikament Deanxit (Antidepressivum) einnehme und abends ein Schlafmittel, welches sie aber nicht benennen könne. Diese beiden Medikamente seien schmerzlindernd, ohne habe sie wesentlich mehr Beschwerden. Ausserdem nehme sie Tropfen

gegen die Schmerzen, die sie nicht benennen könne und Panadol bei Bedarf, mit einer günstigen Wirkung von etwa 2-3 Stunden. Der Hausarzt habe immer wieder Physiotherapien verordnet, die unergiebig geblieben seien. Zurzeit und seit längerem würden keine spezifischen Behandlungen oder Physiotherapien mehr durchgeführt (Urk. 12/32/22).

Im Rahmen seiner Befunderhebung führte der rheumatologische Gutachter aus, weder beim Sitzen im Wartezimmer noch bei der Anamneseerhebung habe eine wahrnehmbare Schmerzperzeption bestanden;

die Beschwerdeführerin habe die Sitzposition nicht geändert. Auch das spontane Bewegungsverhalten und die Bewegungsausschläge beim Aus- und Ankleiden seien unauffällig gewesen, ohne Abstütz- oder Ausweichreaktion. Die übrigen Untersuchungen des Bewegungsapparates seien - bis auf einzelne, diffuse Tenderpoints im Bereich der oberen Körperhälfte - unauffällig gewesen, ohne sichere Triggerpunkte und ohne Hartspannbildungen. Demgegenüber bestehe eine geringe Adipositas mit BMI 29 kg/m² und eine globale muskuläre Dekonditionierung mit thorakaler Fehllhaltung (Urk. 12/32/22 f.).

Der rheumatologische Gutachter hielt weiter fest, für das beschriebene Beschwerdebild bestehe kein somatisches Korrelat. Zusammenfassend handle es sich um ein nicht näher definierbares und nicht näher eingrenzbare weichteil rheumatisches Beschwerdebild, lokalisiert im Bereich der oberen Körperhälfte sowie parazervikal, mit offensichtlich guter Kompensation und ohne spezifische somatische Therapiebedürftigkeit. Angesichts der Aussage der Beschwerdeführerin, wonach sie seit dem ersten Tag ihrer Einreise in die Schweiz krank sei und wobei die Einnahme von Antidepressiva (Deanxit) sowie eines Schlafmedikaments ihre Schmerzen lindere, sei von einer Somatisierungsstörung auszugehen. Diese Einschätzung sei auch der Beschwerdeführerin einsichtig. Sie habe in diesem Zusammenhang ergänzt, dass auch nach Einschätzung ihrer Hausärztin keine physische Krankheit vorliege und «vieles in ihrem Kopf» bestehe. Mithin liege aus rheumatologischer-somatischer Sicht ein subjektives Leiden ohne objektivierbaren Krankheitswert vor. Entsprechend sei die Beschwerdeführerin sowohl rückwirkend als auch aktuell aus somatischer Sicht betreffend sämtliche leichten bis zeitweise mittelschweren Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 12/32/25 ff.).

Im Rahmen der bidisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, aufgrund der formal zu diagnostizierenden depressiven Symptomatik bestehe theoretisch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies gelte sowohl für eine leichte bis zeitweise mittelschwere berufliche Tätigkeit als auch für den Haushaltsbereich. Jedenfalls seien keine weiteren, sich spezifisch auf den Haushaltsbereich auswirkenden Einschränkungen ersichtlich (Urk. 12/32/27). 4. 4.1

Das bisdisziplinäre Gutachten der Y. ____

vom 28. September 2016 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und den beklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen vom 28. Juli und 16. August 2016. Es leuchtet in der Darstellung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und ist hinsichtlich der im Einklang mit der objektiven Befundlage gestellten Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilung schlüssig. Insbesondere haben die Gutachter zu den Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen in den Vorakten differenziert Stellung bezogen und – soweit Diskrepanzen bestanden – ihre abweichende Einschätzung plausibel begründet (Urk. 12/32/21, Urk. 12/32/37). 4.2

Sodann erhellt aus dem Gutachten hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen und somatischen diagnoserelevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt. Weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht wurde der Beschwerdeführerin eine länger andauernde wesentliche Arbeitsunfähigkeit attestiert. In somatischer Hinsicht erwies sich die Untersuchung - bis auf diffuse Tenderpoints im Bereich der oberen Körperhälfte - als unauffällig. Der rheumatologische Gutachter hielt fest, es bestehe lediglich ein moderates Beschwerdebild mit guter Kompensation (Urk. 12/32/37). Entsprechend zeigte die Beschwerdeführerin ein unauffälliges Sitz- und Bewegungsverhalten. Ebenso gelang das Aus- und Ankleiden ohne Einschränkung und ohne Angaben von Schmerzen. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang ferner die gutachterlichen Hinweise auf eine Adipositas (BMI 29 kg/m²) und eine globale muskuläre Dekonditionierung (Urk. 12/32/22). Sodann kam auch der psychiatrische Gutachter zum Schluss, es bestehe objektiv lediglich eine leichte bis maximal mittelschwere Beeinträchtigung der Gesundheit, welche darüber hinaus zweifellos überwiegend durch psychosoziale Faktoren verursacht sei und unterhalten werde (Urk. 12/32/18 f.). Eine posttraumatische Belastungsstörung wurde explizit ausgeschlossen. Ausserdem stellte der psychiatrische Gutachter eine deutliche

Aggravation fest (Urk. 12/32/17). Damit ist bereits gesagt, dass die depressive Symptomatik und deren Bewältigung massgeblich durch invaliditäts fremde Faktoren (subjektives Krankheitsempfinden, Aggravation und psychoso ziale Faktoren [vgl. Urk. 12/32/18 f., Urk. 12/32/28], vgl. auch Bericht Dr. Z.____ vom 1 1. November 2015 [Urk. 12/10/7] sowie den Bericht der behandelnden Hausärztin, Dr. med. B.____ , Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, wonach die Beschwerdeführerin 2012 zufolge psychosozialer Belastungen einen Kollaps erlitt und sie in fast allen Lebensbereichen überfordert sei [Urk. 12/8/7]) verursacht resp. behindert wird, wofür die Invalidenversicherung nicht einzu stehen hat (vgl. E. 1.2, E. 1.3). Der Vollständigkeit halber bleibt ungeachtet des sen festzuhalten, dass d arüber hinaus Widersprüche in den Beschwerdeschilde rungen auf fallen ; im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung gab die Beschwerdeführerin etwa an, vor «allen Leuten» Angst zu haben und nicht mehr alleine weggehen zu können (Urk. 12/32/13). Gleichzeitig führte sie aus, nach mittags jeweils auf einen nahegelegenen Parkplatz zu gehen, um dort zwei Stunden zu sitzen (Urk. 12/32/8). Ausserdem sei sie einmal so lange im Glatt zentrum geblieben, bis sie bei Geschäftsschluss habe «rausgeschmissen» werden müssen (Urk. 12/32/13). Weiter führte sie gegenüber dem rheumatologischen Gutachter zunächst aus, sie habe seit acht Jahren Schmerzen. Später gab sie an, sie leide seit dem ersten Tag in der Schweiz an Beschwerden am Bewegungsap parat (Urk. 12/32/37). Fragen nach der Schmerzintensität sowie Einnahmefre quenz von Schmerzmitteln vermochte die Beschwerdeführerin allerdings nicht zu beantworten (Urk. 12/32/36). In sozialer Hinsicht ist schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben eine sehr gute Beziehung zu ihrer Mutter pflegt . Mit dieser telefoniere sie monatlich (Urk. 12/32/9). Sodann werde sie seitens der Nachbarschaft gemocht und betreffend die Medi kamenteneinnahme sowie Wahrnehmung von Terminen von ihren Töchtern unterstützt. Ausserdem besteht jedenfalls zu ihrem jüngsten Sohn offenbar eine innige, tragende Beziehung (vgl. Urk. 12/ 32/15). Ferner pflegte die Beschwerde führerin bis vor unlängst einen regelmässigen Kontakt zu einer Freundin, von welcher sie auch im Haushalt (Wäsche waschen) Unte rstützung erfuhr (Urk. 12/32/10 f.). Darüber hinaus ist sie offenbar in de r Lage, regelmässig in die Moschee zu gehen (vgl. Urk. 12/32/13 f.). Insgesamt ergeben sich damit auch unter Berücksichtigung der im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen (vgl. E. 1.2) . 4.3

Das überzeugende Gutachten vermag denn auch nicht durch die seitens der Beschwerdeführerin erbetene Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 4. Januar 2017 (Urk. 12/48/15 = Urk. 3/1) in Zweifel gezogen zu werden. Seine Stellungnahme ist zu wenig aussagekräftig und auch nicht umfassend genug.

Insbesondere mangelt es an einer einl euchtenden Darlegung der medizi nischen Zusammen hänge sowie differenzierten Auseinandersetzung mit den b eklagten Beschwerden. Darüber hinaus lässt die Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 4. Januar 2017 eine plausible Erklärung für die darin postulierte posttraumatische Belastungsstörung vermissen . Jedenfalls ist angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben keine Kriegshandlungen in Afghanistan erlebt hat (vgl. Urk. 12/32/11), nicht einsichtig, inwiefern sie an Flash-backs vom Krieg in Afghanistan leiden soll (Urk. 12/48/15 f., vgl. auch Bericht vom 11. November 2015, Urk. 12/10/7).

Gegen die Annahme einer posttraumatischen Belastungs störung sprechen ferner die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin, wonach ihre psychischen Probleme angefangen

hätten, als sie ihren Mann geheiratet habe

und die Beschwerden ihrer Ansicht nach mit den Belastungen zu Hause zusammenhängen

(vgl. Urk. 12/32/11, vgl. auch Bericht von Dr. Z.____ vom 11. November 2015, Urk. 12/10/7). Kommt hinzu, dass die von Dr. Z.____ gemachten Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unvollständig, unklar und derart knapp gehalten sind, dass sie nicht

nachvollzogen werden können.

Im Übrigen widerspricht sich Dr. Z.____ selbst, in dem er in seiner Stellungnahme vom 4. Januar 2017 einerseits moniert, es sei «fern jeglicher Realität», dass psychosoziale Umstände für die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin verantwortlich seien (Urk. 12/48/15), und er andererseits in einer früheren Berichterstattung vom 11. November 2015 notierte, psychosoziale Belastungsfaktoren (psychische Störung des Ehemannes und der Tochter) würden sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken (vgl. Urk. 12/10/8). Schliesslich hat das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). 4.4

Der mit Nachtrag vom 2. November 2017 zu den Akten gegebene Bericht von Dr. Z.____ datiert vom 11. Oktober 2017 und erging somit nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids demgegenüber in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Abgesehen davon ist dieser Bericht inhaltlich praktisch identisch mit den vorangehenden Berichten und soweit darin eine (unbegründete) deutliche Zunahme der Depression postuliert wird, so steht diese im Widerspruch zu dem auf 1-2 Mal monatlich reduzierten Behandlungsrhythmus (Urk. 17 S. 2). 4.5

Entgegen den Einwendungen der Beschwerdeführerin liefert das Gutachten keinerlei Hinweise dafür, dass keine korrekte Übersetzung stattgefunden habe, geschweige denn dafür, dass deutsche Berichterstattungen seitens der Beschwerdeführerin nicht zugelassen worden seien (Urk. 12/48/14, vgl. auch Urk. 1 S. 3). Das selbe gilt für die Darstellung, wonach die Beschwerden nicht adäquat erfragt und im Gutachten nicht vollständig aufgenommen worden seien (Urk. 12/48/14 ff., vgl. auch Urk. 1 S. 4). Vielmehr ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einerseits eine blumige Sprache verwendet und sie andererseits auch auf Nachfragen keine präzisen Antworten gegeben und sich oft nur vage ausgedrückt hat (vgl. Urk. 12/32/12). 4.6

Freilich vermag die Beschwerdeführerin aus ihrer subjektiven Unterstützungsbedürftigkeit durch die Spitex (vgl. Urk. 1 S. 2, vgl. auch Urk. 14+15) nichts zu ihrem Vorteil abzuleiten. Sodann sind die beschwerdeweise behaupteten rheumatologischen Beschwerden (vgl. Urk. 1 S. 5), mit Ausnahme der gutachterlich festgestellten diffusen weichteilrheumatischen Tenderpoints (ohne somatisches Korrelat und offensichtlich gut kompensiert, vgl. Urk. 12/32/34 ff.), in Abwesenheit entsprechender Arztberichte nicht ausgewiesen. 4.7

Inwiefern der begutachtende Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, Y.____, versicherungsfreundlich sein soll – so wie beschwerdeweise vorgebracht (Urk. 1 S. 5) – hat die Beschwerdeführerin nicht in objektiver Weise begründet. Es sind denn auch keinerlei konkreten Umstände ersichtlich, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Freilich kann dabei nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Im Übrigen wurde die Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 2. Mai 2016 über die vorgesehene Begutachtung, die Fachrichtungen sowie über die Wahl der Gutachterstelle und beurteilenden Gutachter orientiert. Gleichzeitig wurde sie auf die Möglichkeit hingewiesen, aus triftigen Gründen innert angesetzter Frist Einwendungen gegen die genannten Gutachter einzureichen (vgl. Urk. 12/19). Dies hat sie in der Folge unterlassen. 4.8

Zusammenfassend ist gestützt auf das beweistaugliche Gutachten der Y.____ vom 28. September 2016 mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführerin (theoretisch) sämtliche leichten bis zeitweise mit teilschweren beruflichen Tätigkeiten sowie Tätigkeiten in ihrem häuslichen Aufgabebereich im Pensum von 80 % zuzumuten sind. Vor diesem Hintergrund ist gestützt auf den vorliegend anwendbaren Betätigungsvergleich für ausschliesslich im Haushalt tätige Versicherte (vgl. E. 1.4) sowie unter zusätzlichem Hinweis auf die freie Zeiteinteilung sowie Schadenminderungspflicht der Familienmitglieder im Aufgabebereich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad im Umfang von mindestens 40 % von vornherein ausgeschlossen.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, womit die Beschwerde abzuweisen ist. 5. 5.1

Da vorliegend die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind (Urk.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Abs. 3 ATSG; spezifische Methode; statt vieler BGE 130 V 97 E. 3.3.1). Als Aufgabebereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

E. 9

und Urk. 10/1-13), ist ihrem Gesuch vom 28. Januar 2017 (Urk. 1 S. 1) zu entsprechen und der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren .

5.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 7 00.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Die Beschwerdeführerin ist sodann auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, 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 28. Januar 2017 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 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: - Milosav Milovanovic - 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
HurstHediger

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