

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00225 vom 26. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00225](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00225)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00225 du 26 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00225 del 26 agosto 2019

## **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] ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung 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 psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 1 8. 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

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. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] ), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

#### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 5. März 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 19. April 2018 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 8). Am 24. April 2018 reichte die Versicherte einen Bericht der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ vom 13. April 2018 ein ( Urk. 9-10).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die erneute Verneinung des Rentenanspruchs damit, gestützt auf die gutachterliche Beurteilung sei der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 80 % zumutbar. Dabei könne sie ein Invalideneinkommen von Fr. 43'465.80 erzielen. Bei einem Valideneinkommen – das gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu ermitteln sei, da die Versicherte seit Jahren keiner regelmässigen Erwerbstätigkeit mehr nachgehe – von Fr. 54'332.25 resultiere ein Invaliditätsgrad von 20 % , weshalb auch weiterhin kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung bestehe ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

Was das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es fehle im Zusammenhang mit der neuropsychologischen Prüfung eine Auseinandersetzung mit den gezeigten Diskrepanzen in der Leistungskonsistenz und ihrer sprachlichen Limitierung bei der Erfassung der Testinstruktionen ( Urk. 1 S. 7), betrifft, geht aus dem R.\_\_\_\_-Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin sehr schwache und inkonsistente Leistungen auch in sprachfreien und sehr einfachen Aufgaben erbrachte (Urk. 7/80 S. 53) . Die Ergebnisse sind damit weder durch die Fremdsprachlichkeit noch das niedrige Bildungsniveau zu erklären. Zur Leistungskonsistenz führte die Gutachterin aus, zur Validierung der kognitiven Leistungserfassung seien in der aktuellen Untersuchung zwei unterschiedliche nonverbale Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt worden. Die Ergebnisse der Beschwerdeführerin in der formalisierten Beschwerdevalidierung seien hoch auffällig mit zum Teil im Zufallsbereich liegenden Ergebnissen. Auch unter Einbezug der übrigen durchgeführten neuropsychologischen Testverfahren würden sich Auffälligkeiten und Inkonsistenzen zeigen, die auf eine neuropsychologisch unplausible Symptomproduktion hinweisen und nicht mit den wissenschaftlichen Modellen pathologischer Hirnfunktionen zu erklären seien. So erbringe die Beschwerdeführerin zum Teil im Altersnormbereich liegende Leistungen bei schwierigeren Gedächtnis-Anforderungen, während sie bei einfacheren Gedächtnis-Anforderungen ein stark vermindertes Ergebnis erzielt hätte. In einer komplexeren Reaktionsaufgabe habe sie erwartungswidrig schnellere Reaktionen als in einer Einfach-Reaktionsaufgabe gezeigt. In der Verhaltensbeobachtung hätten sich ebenfalls Hinweise für eine suboptimale Leistungsbereitschaft gezeigt, und zwar eine teilweise ausgeprägte Verlangsamung in der formalen Testung, welche diskrepant zum allgemeinen psychomotorischen Tempo erscheine ( Urk. 7/80 S. 53). Vor diesem Hintergrund ist nicht zu bemängeln, dass die Gutachterin auf eine bewusste Selbstlimitierung und eine eingeschränkte Leistungsbereitschaft schloss.

5.

### E. 2.3

In Bezug auf die divergierende Beurteilung der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ ist schliesslich anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei ist. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vor gegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag geht es nicht an, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhält. Anders verhält es sich lediglich, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.3 mit weiteren Hinweisen). Dies ist insbesondere beim Bericht der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2017 (Urk. 7/103/1-3) – der integrierende Bestandteil der Beschwerde bildet (Urk. 1 S. 7) – nicht der Fall. Vor diesem Hintergrund erübrigen sich

Ausführungen zur Frage, ob jene projektive oder valide und reliable Testverfahren angewandt haben (vgl. Urk. 1 S. 8; zur grundsätzlich nur ergänzenden Funktion psychiatrischer Testverfahren vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen). Diesbezüglich ist ohnehin nicht nachvollziehbar, weshalb die dabei festgestellte schwere Depression keinen Eingang in die Diagnoseliste fand, wobei sich diese auch nicht in den vom Psychiater erhobenen Befunden widerspiegelt (Urk. 7/47 und Urk. 7/62). 5.2.4

Hinsichtlich der umstrittenen Qualifikation der Kopfschmerzen (Urk. 1 S. 8 f.) kann offen bleiben, ob die fraglichen Beschwerden im Rahmen eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes zu interpretieren sind, wie es die R.\_\_\_\_-Gutachter annahmen (Urk. 7/80 S. 68) oder vor dem Hintergrund von Migränekopfschmerzen zu sehen sind, wie es die Berichte von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 5. September und 23. November 2017 (Urk. 7/104-105) nahe legen. Denn für die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung kommt es nicht auf die genaue Diagnose, sondern auf die erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens an (Urteil des Bundesgerichts 9C\_811/2013 vom 6. Februar 2014 E. 4.). Zu ergänzen ist jedoch, dass sich Dr. N.\_\_\_\_ hinsichtlich der eingenommenen Anzahl von Medikamenten einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstützte, während die Gutachter den Medikamentenspiegel bestimmten. Auffällig ist zudem, dass die Versicherte den Experten berichtete, sie nehme bis zu vier Mal täglich 1g Dafalgan ein (Urk. 8/80 S. 48, 51 und 61), gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ indes nur einen regelmässigen Konsum von einer Tablette à 1g pro Tag bestätigte (Urk. 7/105 S. 1). Angesichts dessen, dass Dr. N.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht unauffällige Befunde erhob (Urk. 7/104 S. 2) und eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit einzig mit Kopfschmerzen begründete (Urk. 7/105 S. 2), überzeugt seine Beurteilung nicht. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass Schmerzen an sich noch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit bedingen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3 mit Hinweisen). 5. 3

Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens der A.\_\_\_\_

ag sprechen. Daran ändert auch der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ vom 13. April 2018 (Urk. 10) nichts, zumal die sem, da für die Beurteilung des Gesundheitszustands in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich der Zeitpunkt des Verfügungserlasses (hier: 2. Februar 2018) massgebend ist (BGE 129 V 1 E. 1.2), ohnehin die zeitliche Relevanz fehlt. 5.4

Angesichts der von den Gutachtern der A.\_\_\_\_

ag erhobenen Diagnosen entfällt eine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 (Urk. 1 S. 6 und S. 8; Urteil des Bundesgerichts 9C\_635/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 3.2.2). 6. 6.1

In psychischer Hinsicht geht aus dem R.\_\_\_\_-Gutachten

– insbesondere aufgrund des Wegfalls der depressiven Erkrankung – eine gesundheitliche Verbesserung und eine damit verbundene uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit hervor. Eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die zu einer für den Rentenanspruch relevanten

Beeinflussung des Invaliditätsgrades geführt hätte, wäre im Übrigen auch nicht in der Beurteilung der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ (vom 9. Dezember 2015) zu sehen. Diese gingen von einer seit 2003 und damit zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenverweigerung bereits bestandenen, andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 7/47/5-11 S. 7). 6.2

Ob die Beschwerdeführerin seit dem Erlass des Einspracheentscheids vom 14. November 2006 aus somatischer Sicht eine relevante gesundheitliche Veränderung erlitten hat, ist angesichts des Umstands, dass sie bereits seit mindestens 15 Jahren an Kopfschmerzen leidet (Urk. 7/105 S. 1), fraglich. Dies kann – wie nachfolgend zu zeigen ist – jedoch offen gelassen werden.

Die Beschwerdeführerin ist gestützt auf die gutachterliche Beurteilung in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit aufgrund eines regelmässigen Pausenbedarfs und der Vermeidung von Schichtarbeit zu 20 % arbeitsunfähig (Urk. 7/80 S. 70 f.). Damit lässt sich die Invalidität mittels Prozentvergleichs bestimmen und beträgt 20 %, was nicht rentenbegründend ist.

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1.1**

Dem durch Urteil des hiesigen Gerichts (Urk. 7/40) bestätigten rentenablehnenden Einspracheentscheid vom 14. November 2006 (Urk. 7/31) lag im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 30. März 2006 (Urk. 7/19) zugrunde. Die Expertin stellte nachstehende Diagnosen (S. 14): - multiple psychosomatische Störung

(ICD-10 F45.0) mit - im Vordergrund stehender, anhaltender somatoformer Schmerz z störung (ICD-10 F45.4) - Störung des Gastrointestinaltrakts (ICD-10 F45.31/32) - Störung der Haut (ICD-10 F45.38 - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - akzentuierte, histrionische und narzisstische Persönlichkeitszüge, einfache Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) - multiple psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z56, Z63.3, Z63.0, Z63.1)

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit hielt sie fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin beziehungsweise System Controllerin bei der Überwachung von Drucksystemen bestehe aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Dabei seien die psychosozialen Belastungsfaktoren – die zu der hohen subjektiv empfundenen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen würden – ausgeklammert (S. 14).

### **E. 3.1.2**

Aufgrund des in somatischer Hinsicht geäußerten Verdachts auf eine Konversionssymptomatik und der gestellten Diagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms rechts und eines thorakovertebralen Syndroms mit/bei Fehlf orm der Wirbelsäule (Flachrücken), muskulärer Dysbalance und unauffälligem MRI der Lendenwirbelsäule vom 3. September 2003 und 17.

Dezember 2002 sowie eines Fibromyalgiesyndroms

bestand keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk.

### **E. 3.2.1**

Die am 2. Februar 2018 verfügte Rentenverweigerung (Urk. 2) beruht auf folgenden medizinischen Berichten:

Die am Medizinischen Zentrum B.\_\_\_\_ tätigen Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. klin. psych. D.\_\_\_\_ und die Psychologin E.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 12. April 2016 (Urk. 7/62/6-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Status nach wiederholtem versuchtem Suizidversuch 2012 (ICD-10 X79) - zervikozephal es Syndrom mit/bei - Labrumriss anteroposterior und Ansatz tendinopathie der Abduktoren muskulatur (Stadts pital F.\_\_\_\_

4. Juli 2014) - Schulterschmerzen rechts mit/bei - minimale Protrusion L4/5, leichte Foraminalstenosen L4/5 (4. Mai 2015 MRI LWS) - Lumbovertebrales Syndrom mit/bei - minimale Protrusion L4/5, leichte Foraminalstenosen L4/5 (4. Mai 2015 MRI LWS) - Hüftschmerzen rechts mit/bei - Labrumriss anteroposterior und Ansatz tendinopathie der Abduktoren muskulatur (Stadts pital F.\_\_\_\_

4. Juli 2014) - Status nach Unfall September 2013 (Sturz im Zug, keine Frakturen Schulter rechts) mit/bei - Schmerzen Schulter rechts in der Folge - Fibromyalgie (ICD-10 M79.0) (Dr. med. Zweifel 3. Mai 2005) - Status nach

Nephrolithiasis - Status nach Appendektomie (Stadts pital F.\_\_\_\_ Juli 2014) - latenter Eisenmangel - Ferritin 26 µg/l - Vitamin-D-Mangel - Leukozyturie, kontrollbedürftig (bei Status nach

Nephrolithiasis ) Den nachstehenden Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 2): - Allergie auf Iodine ? (Exanthem) - Übergewicht, BMI 26 kg/m<sup>2</sup>

- Störung durch Tabak ( ICD-10 F 17.2) Sie berichteten , die Beschwerdeführerin beklage seit 2002 unter Schmerzen an der Lendenwirbelsäule, ausstrahlend ins rechte Bein, zu leiden. Der im September 2013 erfolgte Sturz im Zug habe zu Schmerzen an der rechten Schulter geführt. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der emotionalen Kontaktaufnahme sei sie zurückhaltend und gehemmt, im Spontanverhalten zeige sie sich indes aktiv. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert und es bestehe eine deutliche Störung des Vitalgefühls. Kognitiv sei sie in Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt. Es sei keine Denkverlangsamung, Denkeinengung und keine Denkhemmung vorhanden. Die Schmerzen spüre sie 24 Stunden. Es würden keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen bestehen. Die Beschwerdeführerin sei seit 1. Januar 2003 zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 3.2.2**

Dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 19. April 2016 kann entnommen werden, dass das Fazit betreffend die Behandlung der Beschwerdeführerin sehr ambivalent ist. Die anfänglich erfolgreichen Interventionen hätten nach zweimaliger Durchführung wieder zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt. Gesamthaft seien sämtliche Versuche zur Schmerzlinderung mehr oder weniger erfolglos gewesen, weshalb sich ein starker Verdacht auf eine erhebliche Somatisierungstendenz aufdränge. Entsprechende psychosoziale Belastungsfaktoren seien auch in der Anamnese dokumentiert. Aufgrund der komplexen Problematik mit vor allem belastungsabhängigen therapieresistenten Beschwerden könne der Beschwerdeführerin zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden ( Urk. 7/63/1-6 S. 3 ff.).

### **E. 3.2.3**

Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 12. Mai 2016 ( Urk. 7/64) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom vorwiegend rechts (MRI der LWS 2002, 2003, 2009 war unauffällig, 2013 Diskusprotrusion L5 mit bilateraler leichter foraminaler Enge) - zervikozephalales Schmerzsyndrom - unklare Hüftschmerzen rechts - Labrumriss anteroposterior und Ansatzentzündung der

Abduktorenmuskulatur Hüfte rechts (MRI der Hüfte im 2013) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ( ICD-10 F33.1) - Belastungsinkontinenz - Status nach Tension-free Tape-Einlage 2010 bei Urethrasuffizienz und sensorischer Reizblase - Urolithiasis rechts mit Konkrement untere Nierenkelchgruppe rechts - Status nach spontanem Nierensteinabgang ca. vor fünf Jahren - sensorineurale Schwerhörigkeit rechts bei Status nach Lärmexposition 1998 - Status nach Venenoperation beidseits 2006 Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte sie den Status nach Hepatitis A und Hepatitis B (Serologie 2006 und 2007), Status nach laparoskopischer APPE 2014, Status nach Laparoskopie bei Tuboovarialabszess (vor vielen Jahren in Italien) und den Status nach zwei Spontangeburt (S. 1). Sie schilderte, seit 2002 würden Lumbalgien beziehungsweise Lumboischialgien vorwiegend rechts unterschiedlicher Intensität bestehen. Die Beschwerdeführerin leide unter Konzentra

tionsstörungen, Vergesslichkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Schulter schmerzen rechts, häufigen Magenschmerzen und einer Belastungsinkontinenz. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht wahrscheinlich nicht mehr zumutbar (S. 3 f.).

#### **E. 3.2.4**

In ihrem Verlaufsbericht vom 17. August 2016 diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ zusätzlich eine Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur beidseits und eine anteriore Diskusverlagerung im Kiefergelenk links mit Reposition und nannte als Verdachtsdiagnose einen myogenen Tinnitus. Sie berichtete von einem chronifizierten Zustand und einer geringen Motivation bei der Beschwerdeführerin (Urk. 7/68).

#### **E. 3.2.5**

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer internistischen, rheumatologischen, psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung nannten die Experten der A.\_\_\_\_ AG in ihrem Gutachten vom 7. April 2017 (Urk. 7/104).

#### **E. 3.2.6**

Im Bericht über die neurologische Verlaufsuntersuchung vom 5. September 2017 gab Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie an, die Beschwerdeführerin leide seit circa 15 Jahren an Migränekopfschmerzen. Diese hätten sich weitgehend chronifiziert und seien phasenweise derart intensiv, dass sie zu keiner Aktivität fähig sei. Neurologisch seien die Befunde unauffällig, sodass eine organ-neurologische Ursache nicht anzunehmen sei. Bei seit Jahren rezidivierenden Lumbalgien hätte die neurologische Untersuchung keine Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel ergeben. Die Befunde an den unteren Extremitäten seien unauffällig gewesen (Urk. 7/104).

#### **E. 3.2.7**

In Beantwortung der Anfrage der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin gab der nämliche Arzt am 23. November 2017 an, eine nochmalige neurologische Untersuchung habe eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule mit palpatorisch deutlich verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur um insgesamt 50 % ergeben. Bei Kopfschmerzen im Ausmass, wie sie die Beschwerdeführerin erleide, bestehe in der Regel eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit. Da es dazwischen immer wieder bessere Momente gebe, dürfte die effektive Arbeitsunfähigkeit mindestens 50 % betragen (Urk. 7/105). 4.4.1

Soweit die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf ihre sprachlichen Fähigkeiten das Auftreten von Missverständnissen im Rahmen der Begutachtung

durch die A.\_\_\_\_

ag

für möglich hält (Urk. 1 S. 7), ist daran zu erinnern, dass sie mit Schreiben vom 24. Januar 2017 darauf aufmerksam gemacht worden ist, dass sie sich bei für die Begutachtung nicht ausreichenden Deutschkenntnissen zwecks Organisation eines Dolmetschers bei der Abklärungsstelle zu melden habe (Urk.

7/79). Eine entsprechende Mitteilung erfolgte weder durch die Versicherte noch durch ihre Rechtsvertreterin, die das Schreiben ebenfalls erhalten hatte. Hinzu kommt, dass die die

Beschwerdeführerin aktuell behandelnde Psychologin E.\_\_\_\_ ( Urk. 7/ 80 S. 51) deutsch, englisch und ungarisch ( www.mzg.ch

; zuletzt besucht am 12.

August 2019) und damit ebenfalls nicht die Muttersprache der Versicherten (vgl.

Urk. 7/19 S. 2) spricht. Auch anlässlich der von ihr bei Dr.

med. Dipl.-Psych. O.\_\_\_\_ , Leitender Arzt an der P.\_\_\_\_ , initiierten Begutachtung war – soweit aktenkundig – kein Dolmetscher anwesend (Urk. 7/39/9-15). Ausserdem ging die Beschwerdeführerin zwei Jahre in Q.\_\_\_\_ zur Schule und lernte schnell deutsch ( Urk. 7/19 S. 3 und S.

11, 7/39/9-15 S. 2, 7/48 S. 4, 7/64/2-6 S. 2 und 7/80 S. 51 ). 4.2

Zu R echt gibt die Beschwerdeführerin an, dass die nicht korrekte Wiedergabe von Namen ihrer Therapeuten oder grammatikalische Fehler an der Beweiskraft der Expertise der A.\_\_\_\_

ag vom 7. April 2017 nichts zu ändern vermögen ( Urk. 1 S. 7). Auch lässt sich gestützt darauf kein

Rückschluss auf die Qualität des Gutachtens ziehen. Dies gilt umso mehr , als das von ihr als integrierender Bestandteil der Beschwerde bezeichnete Schreiben der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_

vom 21. Juli 2017 ( Urk. 1 S. 7) gleichfalls grammatikalische Fehler enthält ( Urk. 7/103) und sie deswegen deren Beweiswertigkeit nicht in Frage stellt. 5. 5.1

Es verbleibt , auf die materiellen Rügen einzugehen.

Das auf einlässlichen internistischen, rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhende, die fallrelevanten Vorakten sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende Gutachten der A.\_\_\_\_

ag

entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6 hievore). Nach einleuchtender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gelangten die Experten zur begründeten Schlussfolgerung, dass aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit bestehe. 5.2 5.2.1

Die Rüge der Beschwerdeführerin, die «Beschwerdeerhebung» im psychiatrischen Teilgutachten falle äusserst oberflächlich aus ( Urk. 1 S. 7), erweist sich als unzutreffend.

Unrichtig sind auch die Ausführungen der Therapeuten des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ , wonach vom psychiatrischen Gutachter Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Schmerzen als (einzige) objektive Befunde erhoben worden seien ( Urk. 7/103/1-3 S. 2). Der Experte berichtete

vielmehr von einer bewusstseinsklaren und allseits orientierten Versicherten. Das formale Denken sei geordnet und gut nachvollziehbar . Sie klagt zwar über Vergesslichkeit im Zusammenhang mit der Schmerzempfindung, doch während der Untersuchung seien die mnestischen und kognitiven Funktionen unauffällig gewesen. Insbesondere seien keine Störung des Gedächtnisses, des Konzentrationsvermögens, der Aufmerksamkeit oder der

Auffassung vorhanden. Inhaltliche Denkstörungen wie Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen seien nicht eruierbar. Die Stimmung sei dysphorisch bei noch ausreichend vorhandener Modulationsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin verbringe die meiste Zeit der Konsultation stehend und gehe im Untersuchungszimmer umher. Die beklagten Beschwerden würden jedoch ohne emotionale Beteiligung «à la belle indifférence» dargestellt. Der affektive Rapport sei distanziert. Mimik, Gestik, Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig (Urk. 7/80 S. 52). Inwiefern die vom Experten erhobenen Befunde keine fundierte und differenzierte Beurteilung des Gesundheitsschadens erlauben (Urk. 1 S. 7), ist damit nicht zu sehen. 5.

## **E. 7**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde daher abzuweisen ist.

## **E. 8.1**

Da vorliegend die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechts pflege gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind (Urk. 1 S. 2 und Urk. 3), ist der Beschwerdeführerin in Gutheissung ihres Gesuchs vom 5. März 2018 (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Proessführung zu bewilligen.

## **E. 8.2**

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdeführerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.--anzusetzen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 5. März 2018 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 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, 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 GräubLocher

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