

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00697 vom 1. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00697

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00697 du 1 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00697 del 1 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

1/41) weitere medizinische Untersuchungen angeordnet hatte (Urk. 11/40/1-14), tätigte die IV-Stelle medizinische und erwerbliche Abklärungen und veranlasste insbesondere eine Begutachtung der Versicherten an der Medas

Z.____ (Expertise vom 22. Januar 2018 (Urk. 11/91). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/102), in dessen Rahmen weitere medizinische Berichte angeordnet wurden, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Juni 2018 (Urk.

E. 1.1

).

Er führte aus, in Folge der 2005 erlittenen Kontusion der Schulter habe sich - bei fehlendem Nachweis einer relevanten Läsion - eine heute chronifizierte Schmerzproblematik des rechten Schultergürtels, der rechten Gesichtshälfte (Migräne-artig) und schliesslich der ganzen rechten Körperseite ergeben. Zeitlich im Zusammenhang mit der Scheidung seien auch zunehmend depressive Symptome aufgetreten. Das gesamte therapeutische Repertoire sei ausgeschöpft worden. Bei einer Beschwerdedauer von acht Jahren und bisher fehlendem Ansprechen auf die durchgeführten Behandlungen könne keine Besserung mehr erwartet werden. Es scheine aber, dass sich der Zustand einigermaßen stabilisiert habe (Ziff. 1.4).

Dr. A.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %

seit 1. April 2013 und befand sie der Reinigungstätigkeit aufgrund der körperlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen; er empfahl einen Arbeitswechsel (Ziff. 1.6-7). 3.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 24. März 2014 (Urk. 11/24) einen Leistungsanspruch unter Hinweis auf das Vorliegen eines ätiologisch-pathogenetisch unklaren Sachverhalts ohne ausreichende morphologische Grundlage. 4. 4.1

Im Rahmen der Neuanmeldung ging bei der Beschwerdegegnerin unter anderem das vertrauensärztliche Gutachten von Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. September 2015 (Urk. 11/28/8-18) ein, welches im Auftrag des Berufsvorsorgeversicherers erstellt worden war. Die Expertin diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen bei Kiefer- und Gesichtsschmerzen rechts und Nacken-Schulterschmerzen rechts unklarer Ätiologie sowie differenzialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 7).

Dr. B.____ berichtete, die Beschwerdeführerin schildere detailliert und facettenreich ihre körperlichen Beschwerden, demonstriere diese, bringe immer wieder neue Einzelheiten und weitere Lokalisationen. Es handle sich um Schmerzen auf der ganzen rechten

Körperseite, aber vor allem auch um Schmerzen, Kribbeln, Hitze- und Taubheitsgefühle im Bereich des Gesichtes, des Kiefers und des Auges rechts. Diese störten sie erheblich und machten sie besorgt, ein gewisser Leidensdruck sei hierbei auch spürbar (S. 8). Die Beschwerden bestünden seit Jahren ohne Unterbruch in einem Ausmass, das die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt oder verunmögliche. Die Beschwerdeführerin sei indes unlängst von ihrem früheren Schwarz-Weiss-Denken ein Stück weit abgerückt und scheine sich jetzt eher auf ein Leben und Arbeiten mit und trotz Schmerzen einzustellen. Sie habe zwei fello Ressourcen. Sie könne der Arbeit positive Aspekte abgewinnen (soziale Einbindung) und sei deshalb auch motiviert, ihre Stelle zu behalten. Auch in der Freizeit pflege sie Kontakte und Sorge für Bewegung ausser Haus (S. 9).

Die Gutachterin schloss auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (S. 10). 4.2

Der seit Mai 2011 behandelnde Psychiater Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 9. Oktober 2017 (Urk. 11/70) ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (chronisches rechtsseitig betontes zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Periarthropathia

humeroscapularis

[PHS] und sekundäre Fibromyalgie) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung.

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei im Oktober 2005 beim Spielen mit dem Kind gestürzt und habe dabei den rechtsseitigen thorakalen Bereich des Rückens bzw. den medialen Rand der rechten Scapula an einem Türgriff angeschlagen. Am nächsten Tag habe sie den Hals nicht bewegen können. Danach habe sie ein rechtsseitiges Schmerzsyndrom entwickelt beginnend im Nacken- und

Schulterbereich sowie im Bereich des thorakalen Rückens, ausstrahlend in den rechten Arm, später im Bereich des lumbalen Rückens mit Ausstrahlung

in das rechte Bein. Ab 2012 seien Ohr-, Gesichts- und Kieferschmerzen rechts dazugekommen. Seit Behandlungsbeginn im Mai 2011 habe die Beschwerdeführerin wiederholte längere depressive Einbrüche erlebt. Wiederholt habe sie sodann krampfartige Schmerzen im Bereich des Thorax erlebt mit Hyperventilation und Kollabieren.

Dr. C.____ berichtete, obschon ein depressiver Affekt nicht zu eruieren sei, beichte die Beschwerdeführerin, häufig im Stillen zu weinen, weil sie immer wieder starke Schmerzen verspüre und keine Perspektive in ihrem Leben erkenne. Antriebslosigkeit, Ängste und depressive Verstimmungen würden angegeben, auch Suizidgedanken würden erwähnt. Selten weine sie während den Sitzungen, wobei dann ihre ganze Verzweiflung zum Ausdruck komme. Im Denken sei sie leicht bis mittelstark eingeengt auf ihre körperlichen Beschwerden, je nachdem, wie fest diese sie beschäftigten. Immer wieder sei dabei ein Leidensdruck spürbar. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis erschienen ungestört. Ein- und Durchschlafstörungen würden angegeben, die Beschwerdeführerin lebe sozial isoliert.

Dr. C.____ attestierte eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Raumpflegerin/Mitarbeiterin im Hausdienst seit August 2016 und befand eine behinderungsangepasste Tätigkeit (mit Schonen des rechten Arms) als zu drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar.

4.3 4.3 .1

Die Gutachter der Medas

Z.____, Dr. med. D.____, Allgemeinmedizin, Dr. med. E.____, Psychiatrie, und Dr. med. F.____, Rheumatologie, berichteten in ihrer Expertise vom 22. Januar 2018 (Urk. 11/91) vorweg, dass die allgemeine klinische Untersuchung am 24. Oktober 2017 wegen Schmerzen der Beschwerdeführerin vorzeitig beendet worden sei. Bei der körperlichen Untersuchung sei es zunehmend zu Selbstlimitationen, Weinen und Schmerzangaben bei den Funktionsprüfungen gekommen, sodass die Untersuchung abgebrochen worden sei. Am Folgetag habe sie angerufen und über sehr starke Ganzkörperschmerzen geklagt, ausserdem habe sie erstmals in der Nacht eingenässt. Zu den geplanten Teilgutachten-Terminen sei sie ohne Absage nicht erschienen. Laut später eingegangenen Austrittsbericht sei sie vom 27. Oktober bis 3. November 2017 in der Klinik für Rheumatologie des Y.____ hospitalisiert gewesen. Es sei eine notfallmässige Zuweisung bei Schmerzexazerbation nach Durchführung einer IV-Begutachtung erfolgt. Am 30. November 2017 sei die Beschwerdeführerin zu den Teilgutachten Rheumatologie und Psychiatrie erschienen und beide Begutachtungen hätten aufgrund mangelnder Kooperation der Beschwerdeführerin vorzeitig beendet werden müssen (S. 3). 4.3 .2

Den internistischen Untersuchungsbefund schilderten die Gutachter als unauffällig. Bei den Funktionsprüfungen der Extremitäten und Gelenke sei zunehmend über diffuse Schmerzen geklagt worden, es habe auch an Kooperation gemangelt, so dass die körperliche Untersuchung vorzeitig beendet worden sei (S. 22).

Bei der rheumatologischen Begutachtung sei die Problematik wesentlich grösser gewesen, es hätten sich ganz erhebliche Diskrepanzen im Bewegungsmuster, Aggravation und auch Simulation gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe Schmerzen in der gesamten rechten Körperhälfte beschreiben, ein Gefühl wie Narkose, wie brennende Schlangen, wie Ameisenlaufen. Das Beschwerdebild bestehe an allen Tagen rund um die Uhr, auch Bauchbeschwerden, Hüftbeschwerden, maximal drei Stunden Schlaf. Die körperliche Untersuchung habe mit Messung der Körpergrösse begonnen, dabei sei es zu Stöhnen und Jammern gekommen. Die Beschwerdeführerin sei an die Wand angelehnt geblieben und habe sich nicht mehr bewegt. Das Anlehnen mit dem Kopf an

der Wand bei der Körpergrösse-Messung habe Schwindel, Kopfschmerzen und Gefühlsstörungen ausgelöst. Nach einer halben Minute sei ein weiterer Untersuchungsversuch vorgenommen worden. Der rechte Arm sei starr an den Oberkörper gezogen gehalten worden, das Bewegen des Armes

sei wegen Schmerzblockade nicht gegangen. Bei weiteren Untersuchungsversuchen habe die Beschwerdeführerin jeweils blockiert und zu nehmen zu schimpfen begonnen, dass die Untersuchung eine unnötige Qual darstelle; dabei habe sie mit dem rechten Arm wild gestikuliert. Eine Fortsetzung der Untersuchung sei nicht mehr tauglich erschienen. Die Beschwerdeführerin sei schimpfend im Stuhl verharret und habe zunächst das Ausziehen verweigert. Die von der Beschwerdeführerin subjektiv geschilderten und geltend gemachten Beschwerden wie auch die demonstrierten und vorgeführten Einschränkungen seien keinem rheumatologischen Krankheitsbild zuzuordnen und aus rheumatologischer Sicht passe das Szenario nicht zu einer Trigemini-problematik. Übereinstimmend mit früheren Beurteilungen könne eine Aggravation bestätigt werden, auch Zeichen der Simulation seien nicht zu übersehen gewesen (S. 21 f.).

Der psychiatrische Teilgutachter berichtete, der Auftrag habe nicht ausgeführt werden können, da die Untersuchung der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen sei. Eine Dolmetscherin sei anwesend gewesen, von Seiten der Übersetzung habe es keine Schwierigkeiten gegeben. Die Beschwerdeführerin selbst habe die Begrüssung des Untersuchers nicht erwidert und auch während der ganzen Untersuchung keinerlei Blickkontakt aufgenommen. Als erstes habe sie sich beklagt, dass sie das letzte Mal von der Internistin misshandelt worden sei, sodass sie anschliessend eine stationäre Spitalbehandlung benötigt habe. Nach Aufklärung, dass sie in der psychiatrischen Untersuchung nicht körperlich untersucht werde, habe sie mit Kopfnicken in die Untersuchung eingewilligt. Die Beschwerdeführerin habe grotesk theatralisch überzeichnet ihre körperlichen Beschwerden dargestellt. Im gut einstündigen Untersuchungsversuch habe sie inhaltlich praktisch keine der gestellten Fragen beantwortet. Sie sei mit dem Kopf

an die Wand gelehnt gesessen, weil ihr Kopf sonst zu schwer sei und Schmerzen verursache. Es seien keine das Verhalten erklärende Umstände wie zum Beispiel Angst oder Panik festzustellen gewesen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin lasse sich nur als Verweigerung der Untersuchung interpretieren. Dazu passe auch das Verhalten nach dem Abbruch der Untersuchung. Die Beschwerdeführerin habe das Untersuchungszimmer triumphierend anmutend mit erhobenem Haupt und ohne jeglichen Kommentar verlassen (S. 21). 4.3 .3

Die Gutachter diagnostizierten ein chronisch erlebtes und subjektiv geltend gemachtes Nacken-/Schulter-/Armsyndrom rechtsbetont, unter Berücksichtigung der Vorbefunde ergebe sich keine differenziertere Diagnose aus rheumatologischer Sicht (S. 25). Sie hielten zusammenfassend fest, dass gerade die psychiatrische Beurteilung notwendig und aufschlussreich gewesen wäre. Aus somatischer Sicht seien keine wesentlichen Einschränkungen festzustellen gewesen. Das Bewegungsmuster der Beschwerdeführerin erscheine unauffällig, es dominierten ihre Verhaltensauffälligkeiten. Es lasse sich nicht eruieren, ob und welche psychiatrischen Krankheitsbilder vorlägen und ob aus psychiatrischer Sicht möglicherweise eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Es sei auf psychosoziale Faktoren verwiesen worden; laut Aktenlage habe vor Jahren eine sehr schwierige Ehesituation mit Sorgerechtsstreit bestanden (S. 23) .

4. 4

Dr. A.____

berichtete am 13. April 2018 (Urk. 11/107) zu Händen der Beschwerdeführerin und bestätigte seit 2005 und weiterhin bestehende Klagen über hartnäckige Gesichts-, Ohr-, Schulter- und Armschmerzen rechts, ausgelöst und verstärkt durch Bewegungen. Neuer sei an der Anamnese, dass die Schmerzen nun bis zur Lendenwirbelsäule (LWS), teilweise bis zum Fuss ausstrahlten, dies nur auf der rechten Seite.

In der MRI-Untersuchung von Brustwirbelsäule (BWS) und LWS vom September 2017 seien mehrsegmentale degenerative Veränderungen lumbal angegeben worden (Osteochondrosen mit ventraler Spindelbildung, zum Teil aktivierte Fazettengelenksarthrosen zwischen L3 und L5). Eine Neurokompression habe nicht nachgewiesen werden können.

Dr. A.____ führte sodann aus, er kenne die Beschwerdeführerin seit November 2005. Bereits damals habe sich ein weitgehend identisches Beschwerdebild mit Schulter- und Gesichtsschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den ganzen rechten Arm gezeigt, aber auch in die Region der BWS. Etwas neuer seien die Schmerzen im Lumbalbereich, dies bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der LWS, jedoch ohne Nachweis einer Neurokompression. Begonnen habe die Schmerzproblematik 2005 im Anschluss an eine Schulterprellung. Es sei nicht gelungen, die Beschwerden durch physiotherapeutische Massnahmen nachhaltig zu beeinflussen. Er - Dr. A.____ - möchte darauf hinweisen, dass von seiner Seite nie der Verdacht auf eine Simulation vorgelegen habe. Dass der Beschwerdeführerin im interdisziplinären Gutachten Simulation vorgeworfen werde, müsse mit Nachdruck zurückgewiesen werden. Zweifellos bestehe eine gewisse Aggravation im Sinne ihres verschlechterten Zustandes, die keinesfalls mit Simulation gleichzusetzen sei.

Die Begutachtung in Z.____ sei von der Beschwerdeführerin anders wahrgenommen worden, als im Gutachten geschildert. Das dürfte nicht zuletzt damit im Zusammenhang stehen, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine intelligente, emanzipierte und auch selbstbewusste Frau handle. Sie habe ein gutes Sensorium entwickelt für den Zugang der verschiedenen Therapeuten und Untersuchen zu ihren Problemen. Dass die psychiatrische Abklärung nicht oder nur rudimentär durchgeführt werden können, stelle den Wert des Gutachtens in Frage. Wahrscheinlich habe die Beschwerdeführerin durch ihr Verhalten zum Scheitern dieses Teils des Gutachtens beigetragen, wobei ihre Schilderung abweiche von jener des Gutachters.

In Kenntnis des Verlaufes der Beschwerden in den nun mehr als über zwölf Jahren bestehe seinerseits kein Zweifel daran, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychosomatische Störung von Krankheitswert mit Einschränkung auch der Arbeitsfähigkeit vorliege. Diagnostisch dürfte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliegen, differenzialdiagnostisch kaum abzugrenzen von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die durch diese Krankheit bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schätze er auf 50 % . Er empfahl eine Wiederholung des psychiatrischen Teils des Gutachtens durch einen anderen Psychiater. 4. 5

Am 30. April 2018 (Urk. 11/108) ergänzte Dr. C.____ zu Händen der Beschwerdeführerin, er habe die Beschwerdeführerin seit Behandlungsbeginn im Mai 2001 regelmässig - durchschnittlich einmal monatlich - gesehen. Seit Therapiebeginn leide sie an einem chronischen rechte betonten Schmerzsyndrom, das sich im Verlauf der Zeit zunehmend in anderen anatomischen Regionen ausgebreitet habe. Das erstmalige Auftreten dieses Schmerzes im Jahre 2005 sei gekoppelt gewesen mit schwerwiegenden emotionalen und psychosozialen Belastungen beziehungsweise Konflikten (Unfall des Ehemannes 2003 mit nachfolgender Versteifung des linken Armes, Depressionen, Verwahrlosung, der Beschwerdeführerin gegenüber verheimlichter IV-Berentung 2007, Trennung 2010, Sorgerechtszusprache an Ehemann, Urk. 11/70/2). Psychische Faktoren hätten dabei eine wichtige Rolle gespielt für den Schweregrad der Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Seines Erachtens werde der Schmerz nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht. Der Verdacht auf eine Simulation habe dementsprechend nicht vorgelegen.

Zusammenfassend leide die Beschwerdeführerin an andauernden, intensiven und quälenden Schmerzen, die nicht ausreichend durch eine somatische Störung oder ein physiologisches Geschehen erklärt werden könnten. Diagnostisch handle es sich um eine somatoforme Schmerzstörung mit erheblichem Krankheitswert. Die dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schätze er auf 50 % bis 70 % . 4.6

Am 4. Juli 2018 (Urk. 11/118) nahm der behandelnde Dr. med. G.____ , FMH Allgemeine Innere Medizin, Stellung zur leistungsverneinenden Verfügung vom 7. Juni 2016. Er führte zu den zitierten Auffälligkeiten während der Begutachtung aus, dass Fibromyalgien ein unspezifisches Auftreten hätten, es wechselten Momente des Schmerzfrieisens mit solchen des Einschliessens starker Schmerzen. Fibromyalgie-Patienten litten sodann unter spontanen Befindlichkeitsveränderungen, die besonders dann unterstützt würden, wenn einerseits Sprachkenntnisse fehlten, um auf Fragen eines Gutachters einzugehen, und andererseits allfällige mangelnde Empathie und eine gewisse Barschheit bei der Gesprächsführung manifest würden. Ein mehrminütiger Ausschnitt des Verhaltens einer Fibromyalgie-Patientin entspreche nicht dem normalen Dauerleidensverhalten; nur über eine Langzeitbeobachtung könne eine Fibromyalgie verstanden werden. In den vergangenen sieben Jahren habe die Beschwerdeführerin die Praxis 47 mal aufgesucht, was ein Hinweis dafür sei, dass sie unter dem Fibromyalgie-Syndrom gelitten habe (S. 1).

Dr. G.____ folgerte, die Begutachtung führe keine objektivierbaren Begründungen für das Nichtbestehen einer echten Fibromyalgie an. Im Gegenteil dürfe aufgrund des Austrittsberichtes des Y.____ vom 3. November 2017 (Hauptdiagnose: chronisches rechtsseitig betontes zerviko - und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, PHS beidseits und sekundäre Fibromyalgie; Urk. 11/82/4-6) und seiner lückenlos dokumentierten Konsultationsergebnisse von echten, starken, komorbiden Schmerzsymptomen einer echten Fibromyalgie und einem zerviko - und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom ausgegangen werden. Festzuhalten sei, dass die Medikamentenanamnese der Beschwerdeführerin eine hohe Compliance bestätige. Er thematisierte weiter, dass die Leiden der Beschwerdeführerin Hilflosigkeit und nicht Arbeitsunwille demonstrierten. Er empfahl, durch einen Arbeitstest eine partielle Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % bestätigen zu lassen (S. 4). 5. 5.1

Das Vorliegen einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse im Vergleich zur erstmaligen leistungsverneinenden Verfügung vom 24. März 2014 (Urk. 11/24) wurde von den Parteien nicht thematisiert. Auch wenn in medizinischer Hinsicht eine solche nicht augenfällig ist, so ist doch eine Veränderung in erwerblicher Hinsicht eingetreten . Die Beschwerdegegnerin ging ursprünglich davon aus, dass der Arbeitsplatz erhalten erfolgreich abgeschlossen ist, was auch zutreffend war. Mittlerweile jedoch hat doch die Beschwerdeführerin ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Y.____ verloren (Urk. 11/20/1 und Urk. 11/ 96). Damit ist ein Revisionsgrund gegeben und ihr Anspruch kann frei überprüft werden. 5.2

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass in somatischer Hinsicht keine relevante Pathologie besteht. Die Mediziner-Gutachter konnten aus somatischer Sicht keine wesentlichen Einschränkungen feststellen (E. 4.3.3). Auch Rheumatologe Dr. A.____ und Allgemeinmediziner Dr. G.____ diagnostizierten mit einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren/einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (E. 4.4) respektive einer Fibromyalgie (E. 4.6) eine Pathologie , welche praxisgemäss dem Spektrum der somatoformen Erkrankungen zugeordnet wird, solange das

Beschwerdebild keine weiteren Befunde einschliesst, die originär rheumatologischer Natur wären (BGE 141 V 281 E. 10.2, BGE 132 V 65). Dies ist vorliegend der Fall, konnten doch die Ärzte keine entsprechenden objektivierbaren Befunde erheben und erschöpft sich das geschilderte Leiden in einem Schmerzgeschehen.

Dr. med. H.____, Spezialarzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, schloss in seinem Gutachten vom 9. April 2015 (Urk. 11/46/12-22) zu Händen des Berufsvorsorgeversicherers - nebst einer Schmerzproblematik - auf eine subacromiale

Impingementsymptomatik rechte Schulter, mass dieser aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei. Dies unter Hinweis, dass nach der Schulterkontusion im Jahr 2006 keine relevante Läsion festgestellt wurde und auch für die anschliessende chronifizierte Beschwerdesymptomatik keine organischen Ursachen gefunden werden konnten (S. 9).

Die sich aus den Akten ergebenden Rückenbeschwerden standen nicht im Vordergrund und wurden von den Ärzten nicht als Grund für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwähnt. Die bildgebenden Untersuchungen förderten denn wohl mehrsegmentale degenerative Veränderungen lumbal zu Tage, indessen fand sich keine Neurokompression (E. 4.4). Auch Dr. med. I.____, FMH Neurologie, berichtete am 7. Mai 2017 (Urk. 7/53) zu Händen des Hausarztes von neuroforaminalen Stenosen C6, brachte die Beschwerden aber mehr mit dem Fibromyalgiesyndrom in Zusammenhang. Auf den am 30. Oktober 2017 gefertigten Bildern zeigten sich leichte bis mässige Degenerationen der HWS mit Punctum maximum auf Höhe HWK 5/6 mit dort leichtgradiger Spinalkanalstenose und geringer foraminaler Einengung der C6-Wurzel ohne Hinweis auf eine Myelopathie (Urk. 11/82/8-9). Die Ärztin der Klinik für Rheumatologie des Y.____, wo die Beschwerdeführerin nach dem Vorfall anlässlich der Begutachtung vom 27. Oktober bis 3. November 2017 hospitalisiert war, ersahen hieraus keine höhergradigen Spinalkanalstenosen oder Nervenwurzelkompressionen (Austrittsbericht vom 3. November 2017, Urk. 11/79/3-5).

Bei dieser Ausgangslage ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Medas

Z.____ nach den Schwierigkeiten in den Untersuchungen keine neurologische Abklärung mehr durchführte, wie es ursprünglich geplant war. So waren - bei fehlendem Auskunftswillen - keine massgebenden Erkenntnisse zu erwarten und es war aufgrund der Aktenlage klar, dass ohne psychiatrische Einschätzung das Gutachten keine verlässliche Einschätzung enthalten würde. 6.

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 herstellen, 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue

Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 29. August 2018 (Urk. 1) Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprache einer Dreiviertelsrente; eventuell sei die An gelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese anzuweisen, allenfalls nach weiteren Abklärungen neu zu verfügen. Sodann ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Die IV-Stelle beantragte am 9. Oktober 2018 (Urk. 10) Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2018 (Urk. 15) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer leistungsablehnenden Verfügung vom 26. Juni 2018 (Urk. 2) aus, die geplante Begutachtung habe aufgrund des Aggravationsverhaltens der Beschwerdeführerin nicht durchgeführt werden können. Die massive Aggravation habe sich nicht nur auf die Untersuchungszeit begrenzt, sondern auch noch bei nachträglichen Behandlern gezeigt. Gemäss medizinischen Auskünften bestünden keine körperlichen Diagnosen, welche die subjektiv vorgebrachte Beschwerdesymptomatik erklärten. Die Beschwerdeführerin habe wiederholt intensive Schmerzen angegeben und es liege eine erhebliche Diskrepanz zu den somatischen Diagnosen vor. Somit liege rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Gesundheitsschädigung vor.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bemängelte demgegenüber in erster Linie das Medas -Gutachten und führte dazu aus, die interdisziplinäre Begutachtung sei mangels neurologischen Gutachtenteils nicht im vorausgesetzten Rahmen durchgeführt worden, die anderen drei Begutachtungen seien es materiell ebenfalls nicht, da die Fachärzte den persönlichen Zugang nicht hergestellt hätten. Damit sei auch der Vorwurf der Aggravation entkräftet, da sie sich infolge des nicht adäquaten Verhaltens der Gutachter unbewusst verkrampft habe, was eine normale Fortsetzung der Begutachtung nicht mehr zugelassen habe. Aus den aktuelleren ärztlichen Beurteilungen gehe eine invalidisierende somatoforme Schmerzstörung mit Folge einer Arbeitsunfähigkeit bis 70 % hervor. Sodann bemängelte sie eine unzureichende Auseinandersetzung mit den Vorberichten (Urk. 1 S. 16 f.).

E. 2.3

Soweit die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs aus letzt genanntem Grund rügte (Urk. 1 S. 3 f.), ist zu konstatieren, dass sie in Kenntnis der Überlegungen der Beschwerdegegnerin die vorliegende Beschwerde erheben konnte. Es ergibt sich zweifelsfrei aus der angefochtenen Verfügung, dass die Beschwerdegegnerin von einer leistungsausschliessenden Aggravation ausging. Dass sie angesichts der nicht erfolgreichen Abklärung in der Gutachtensstelle (vgl. E. 4.3) nicht unbesonnen auf die behandelnden Ärzte abstellte, ist rechtsprechungskonform, auch wenn dies nicht explizit erwähnt wurde. 3. 3.1

Im Rahmen der erstmaligen Leistungsablehnung holte die Beschwerdegegnerin unter anderem den Bericht von Dr. med.

A.____, Rheumatologie FMH, vom 6. Mai 2013 (Urk. 11/14/ 1-4) ein. Dieser diagnostizierte (1) ein zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Schulterkontusion 2005, mässigen Segmentdegenerationen C5 bis C7 ohne Nachweis einer Diskushernie, ausgeprägter Myofaszieller Problematik (Halswirbelsäule [HWS] und Nacken rechts) sowie bei stattgefundener Chronifizierung (Schmerzerkrankung), (2) eine depressive Verstimmung, (3) einen Status nach Dekompression des rechten Karpaltunnels wegen CTS sowie (4) ein symptomatisches CTS Hand links (vor gesehen zur Dekompression, Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Im Vordergrund steht bei der Beschwerdeführerin die Schmerzproblematik ohne hinreichende organische Grundlage. Die Ärzte fassten dies als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen respektive anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Dr. B.____, E. 4.1), chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren samt rezidivieren der depressiver Störung (Dr. C.____, E. 4.2), chronisch erlebtes und subjektiv geltend gemachtes Nacken-/Schulter-/Armsyndrom rechtsbetont (Medas -Gutachter, E. 4.3), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren respektive anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Dr. A.____, E. 4.4), Fibromyalgie (Dr. G.____, E. 4.6). Indessen äusserte sich keiner der Ärzte konkret und detailliert zum Anteil psychosozialer Faktoren und inwieweit die Problematik darin aufgeht. Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten schwankten zwischen 30 % (Dr. B.____) und 50 % (Dr. A.____ und Dr. C.____) respektive 70 % (Dr. C.____ in Bezug auf die bisherige Tätigkeit

in der Reinigung).

E. 6.2

Zur gutachterlichen Einschätzung der Pathologie und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ordnete die Beschwerdegegnerin die Begutachtung der Beschwerdeführerin an. In der Folge verweigerte die Beschwerdeführerin - namentlich in der relevanten psychiatrischen Untersuchung - die notwendige Mitarbeit. Dank der Anwesenheit einer Dolmetscherin ergaben sich dabei jedenfalls keine sprachlichen Probleme. Mit der fehlenden Begrüssung und dem fehlenden Blickkontakt irritierte sie den Gutachter. Ausschlaggebend ist indes, dass sie inhaltlich praktisch keine der gestellten Fragen beantwortete, sondern im Wesentlichen grob theatralisch überzeichnet ihre körperlichen Beschwerden darstellte. Damit verunmöglichte sie, medizinische Verhältnisse und Zusammenhänge rechts genügend abzuklären.

Die Beschwerdeführerin bestritt diese Umstände nicht konkret, sondern führte lediglich aus, dass sie alle Fragen des Psychiaters beantwortet habe, wobei ihr auf gefallen sei, dass zahlreiche familiäre Fragen einbezogen worden seien, welche mit der Krankheit und der eingeschränkten Arbeitsunfähigkeit nicht zu tun hätten. Hieraus ist zu schliessen, dass es tatsächlich zu Schwierigkeiten gekommen ist. Der Gutachter brachte nicht vor, die Fragen seien nicht, sondern lediglich inhaltlich nicht beantwortet worden. Auch aus dem Hinweis von Dr. G.____, mangelnde Empathie und eine gewisse Barschheit könnten zu spontanen Befindlichkeitsveränderungen führen, um auf Fragen eines Gutachters einzugehen, sind ein Hinweis auf eine vorliegende Problematik. Dies bestätigte auch Dr. A.____, welcher ein Beitragen der Beschwerdeführerin zum Scheitern des Gutachtens vermutete und das Sensorium der Beschwerdeführerin für den Zugang der verschiedenen Therapeuten in den Vordergrund stellte. Eine Begutachtung stellt keine therapeutische Massnahme dar, sondern dient der Beweiserhebung im sozialversicherungsrechtlichen Prozess, weshalb selbst eine gefühlte Antipathie nicht zur Verweigerung der Mitarbeit berechtigt.

E. 6.3

Auch wenn sich die Frage nach dem vorliegenden Gesundheitsschaden aufgrund der Vorberichte der behandelnden Ärzte wie auch der vom Berufsvorsorgeversicherer beauftragten Gutachterin allenfalls beantworten liesse, fehlen notwendige Angaben zur Klärung der Ansprüche der Beschwerdeführerin. Was die Beschwerdegegnerin als leistungsausschliessende Aggravation fasste, ist vielmehr eine durch die verunmöglichte Abklärung bedingte medizinische Unklarheit. Denn wenn die Schmerzklagen keiner Aggravation zuzu schreiben sondern krankheitsimmanent wären, gälte Folgendes:

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE

141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). 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 (BGE 143

V

418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 6.4.1

Die versicherungsrechtliche Relevanz einer psychiatrischen Pathologie ist in jedem Fall anhand der Standardindikatoren zu prüfen. Dies ist vorliegend nicht möglich, weil die Beschwerdeführerin die notwendigen Antworten schuldig blieb. Hierzu gehören namentlich die von ihr erwähnten Fragen zu den familiären Verhältnissen. Ohne diesbezügliche Antworten lassen sich allfällige Ansprüche der Beschwerdeführerin nicht prüfen.

E. 6.4.2

Diesen Umstand hat die Beschwerdeführerin zu vertreten, welche einerseits ein überzeichnetes Schmerzgebaren zur Schau stellte und andererseits - was hier entscheidend ist - die gestellten Fragen inhaltlich nicht beantwortete. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess zwar vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist (Art. 61 lit. c ATSG), wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 6.4.3

Insoweit die geltend gemachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und namentlich die praxismässigen Indikatoren nicht beurteilt werden können, trifft die Beschwerdeführerin die Beweislast in dem Sinne, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass sie in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Weder die Auseinandersetzung mit dem psychosozialen Anteil als Grundlage der Diagnose samt Arbeitsfähigkeitsschätzung noch die Prüfung der einschlägigen Indikatoren ist aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin möglich.

Die übrigen Akten erlauben keine Schlussfolgerung im Sinne der Beschwerdeführerin. Wohl finden sich Hinweise auf einen sozialen Rückzug (E. 4.2) sowie eine regelmässige ärztliche Behandlung (E. 4.6), wie eingeschränkt das soziale Leben - auch im Vergleich zu den früheren Verhältnissen - ist, kann damit aber nicht beantwortet werden. Immerhin ist aus den Akten zu schliessen, dass es in der Beziehung zur Tochter eine Entspannung gab (Urk. 11/28/10 und Urk. 11/91/38 unten). Dass die Beschwerdeführerin als intelligent, emanzipiert und selbstbewusst geschildert wird (E. 4.4), lässt sodann gewisse persönliche Ressourcen erahnen.

E. 6.4.4

Vor diesem Hintergrund rechtfertigen sich keine ergänzenden medizinischen Abklärungen. Namentlich musste die Beschwerdegegnerin kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 43 Abs. 3 ATSG durchführen mit der Auflage, sich einer neuen Begutachtung zu unterziehen und dannzumal die Fragen zu beantworten. Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren bezieht sich in diesem Zusammenhang vorweg auf die Weigerung der Versicherten, sich Abklärungsmassnahmen zu unterziehen. Die Beschwerdeführerin tat indes ihre Bereitschaft zur Abklärung durch das Erscheinen an der Begutachtung kund und widersetzte sich damit der notwendigen Abklärung nicht. Dass sie sich während der Begutachtung unkooperativ verhielt, kann nicht zur Wiederholung der Abklärung - allenfalls gar in neuem Setting - führen. Es ist nicht Sache der Invalidenversicherung, Kosten durch mehrmalige Begutachtungen zu tragen, welche durch das Verhalten der Versicherten verursacht werden. Diesfalls greift die Beweisregel von Art.

E. 6.5

Zusammenfassend führen diese Erwägungen zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und es ist ihr Rechtsanwalt Hanspeter Kümin, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzulegen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Hanspeter Kümin, Zürich, ist nach Einsicht in die Kostennote vom 6. April 2020 (Urk. 17) mit Fr. 3'934.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Dies unter Hinweis, dass für die Aufwendungen im Prozess Nr. IV.2018.00708 (Nichteintretensentscheid des hiesigen Gerichts vom 11. September 2018 im Beschwerdeverfahren in Sachen der Parteien gegen den Vorbescheid vom 26. Juli 2018, Urk. 18) in diesem Verfahren keine Entschädigung geschuldet ist (Positionen vom 25. September 2018 sowie eine vom 11. Oktober 2018). Das Gericht beschliesst:

In Gutheissung des Gesuches vom 29. August 2018 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und es wird ihr Rechtsanwalt Hanspeter Kümin, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse

genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Hanspeter Kümin, Zürich, wird mit Fr. 3'934.15 (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 Hanspeter Kümin - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderregger

E. 8

des Zivilgesetzbuches, wonach derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen hat, der aus ihr Rechte ableitet.

Im vom Untersuchungsgrundsatz beherrschten Sozialversicherungsverfahren tragen

die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

Dies ist vorliegend der Fall.

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