

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00711 vom 8. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00711

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00711 du 8 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00711 del 8 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1.1

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

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs.

1 des

Bundesgesetz es 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (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.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades

auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hierauf 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

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung des angefochtenen Entscheidens an, aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Die bisher ausgeübte Tätigkeit als Dekorationsgestalterin sowie jegliche angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin uneingeschränkt zumutbar. Nur phasenweise habe eine Arbeitsunfähigkeit von circa 20 % bestanden. Der im Einwandverfahren eingereichte Bericht von Dr. E. ___ vom 22. Juli 2019 lege keine neuen medizinischen Fakten dar. Somit liege gestützt auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 19. Februar 2019 sowie die RAD-Stellungnahme vom 18. November 2019 keine invaliditätsrelevante gesundheitliche Beeinträchtigung und damit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung vor (Urk. 2, Urk. 7).

E. 2.2

Dahingegen vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf ihre Untersuchungspflicht dazu angehalten gewesen, eine nachträgliche neurologische Untersuchung zu veranlassen oder zumindest die Stellungnahme der

behandelnden Neurologin vom 22. Juli 2019

einem Facharzt des RAD in der Fachrichtung Neurologie vorzulegen. Das Gutachten vom 19. Februar 2019 sei – aus

näher dargelegten Gründen – nicht nachvollziehbar und schlüssig, weshalb für die Beurteilung des Leistungsanspruchs nicht darauf abgestellt werden könne. Bei gesamthafter Betrachtung sei « eine medizinisch- gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Ablehnung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin » führe, « mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen »

(Urk. 1 S.

E. 2.3

Streitig ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die Beschwerdegegnerin gab ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 8/118), nahm diverse eingereichte Berichte zu den Akten (Urk. 8/73 74, Urk. 8/87, Urk. 8/92, Urk. 8/130) und legte das Dossier ihrem RAD zur Beurteilung vor

(Urk. 8/119/5-6, Urk. 8/134/4, Urk. 9). Damit ist sie unbestritten auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 4. August 2017 (Urk. 8/69) materiell eingetreten (vgl. auch Urk. 8/119/1), hat aber eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der angefochtenen Verfügung vom 10. September 2019 verneint. 3. 3.1

3.1.1

Der Verfügung vom 7. Dezember 2010 (Urk. 8/58) lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde (vgl. Urk. 8/51/2-5): 3.1.2

Im Bericht der Augenklinik des Universitätsspitals G.____ vom 19. Mai 2009 stellten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/31/6): - Status nach Austausch des Silikonimplantates bei Implantatprotrusion 9. Januar 2008 - Status nach Enukleation wegen Phthisis 22. August 2007 - Status nach PPV, Lensektomie, Fremdkörperextraktion, antibiotischer Spülung 15. Juni 2007 - Status nach Skleranahut, Vorderkammerspülung 30. Mai 2007 - Status nach Bulbusperforation durch Trinkglas 30. Mai 2007

Aufgrund der Monokelsituation sei das stereoskopische Sehen nicht mehr möglich. Die verminderte beziehungsweise fehlende Tiefenwahrnehmung erschwere feine Detailarbeiten sowie Arbeit auf Gerüsten und in Gruben. Aus ophthalmologischer Sicht würden bis auf das Besteigen von Leitern und Gerüsten keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen, dies gelte seit der 1. Operation vom 30. Mai 2007 (Urk. 8/31/7-8). 3.1.3

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 15. Januar 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/36/10): - Rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt leicht gradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung mit vorrangig emotional-instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) Daneben stellte Dr. H.____ folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/36/10): - Schädlicher Gebrauch von Kokain (ICD-10 F14.1), gegenwärtig gelegentlicher Konsum - Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), gegenwärtig gelegentlicher Konsum

Die emotional-instabilen Züge (vom Borderline -Typus) der diagnostizierten Persönlichkeitsakzentuierung würden sich aus einer im Verhalten und Erleben der Beschwerdeführerin erkennbaren deutlichen und andauernden sowie gleichförmigen Tendenz, impulsiv zu handeln, ergeben. Die Stimmungslage sei wechselnd, instabil, das Verhalten durch Impulsivität gekennzeichnet. Es bestehe eine verminderte Frustrationstoleranz. Aus den Eigenangaben der Beschwerdeführerin seien Phasen mit erlebter innerer Leere und verminderten Selbstvertrauens und Entschlussschwäche ableitbar. In der Exploration habe sie einen intelligenten, motivierten und geistig kompetenten Eindruck hinterlassen. Gleichzeitig habe sie unschlüssig sowie hin- und hergerissen gewirkt, wie es hinsichtlich der beruflichen Zukunft weitergehen soll. Psychopathologisch habe sich in der aktuellen Untersuchung ein leichtgradig ausgeprägtes depressives Syndrom mit gedrückter Stimmungslage, leichter Affektlabilität, leichter Antriebsminderung, deutlicher Verunsicherung und Irritierbarkeit und vegetativen Symptomen (Schlafstörungen) gezeigt. Psychometrisch habe sich auf beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) ein leichtgradig ausgeprägtes Syndrom abgebildet. Die körperlichen Beeinträchtigungen würden in ungünstiger Wechselwirkung zur psychischen Problematik stehen, hätten einen störenden Einfluss auf den Behandlungs- und Heilverlauf und könnten zu einer zeitweisen Überforderung der Bewältigungsstrategien und vorübergehender Symptomakzentuierung im Sinne einer depressiven Dekompensation führen. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der diagnostizierten depressiven Störung vor dem Hintergrund emotional-instabiler Persönlichkeitszüge in einer den Fähigkeiten und körperlichen Möglichkeiten der

Beschwerdeführer in entsprechenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin «in guten Phasen» eine volle psychosoziale und psychophysische Leistungsfähigkeit in einer ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit erreichen könne. Andererseits würden aufgrund der emotional-instabilen Störung eine verminderte Frustrationstoleranz, Impulsivität und fehlende Selbstbeherrschung bestehen, die immer wieder zu Konflikten im zwischenmenschlichen Bereich oder zu Leistungsabbrüchen führen könnten

(Urk. 8/36/ 10-11).

Auf Ergänzungsfrage der IV-Stelle hin (Urk. 8/37) führte Dr. H.____

aus, die Arbeitsfähigkeit von 70 % aus psychiatrischer Sicht sei seit dem Behandlungsbeginn bei Frau med. pract. I.____, Psychiatrie J.____, am 15. August 2008 ausgewiesen (Urk. 8/38). 3.2

3.2.1

Im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung präsentiert sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 3.2.2

Dr. C.____ und Dr. D.____ stellten in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 19. Februar 2019 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/118/72). Sie führten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 8/118/73): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Bei Bulbusperforation links am 30. Mai 2007 - Bei rezidivierender depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, ICD-10 F33.4) - Bei akzentuierten (emotional instabil, histrionisch) Persönlichkeitszügen - Mit gegenwärtig (un-)regelmässigem Konsum von Tabak,

Alkohol, Benzodiazepinen, Cannabinoiden und Kokain - Mit anamnestisch Gebrauch von LSD und Amphetaminen/Ecstasy - Chronisches cervicospondylogenes Syndrom - Chronisches lumbovertebragenes und manchmal auch lumbospondylogenes Syndrom - Chronisches, phasenweise auch generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - Nikotinkonsum von 20 circa pack years - Konsum von Alkohol, Kokain, Benzodiazepinen, Cannabinoiden und Opiaten - Anamnestisch Reizmagen-Syndrom Dr. D. ___ beurteilte die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar.

In einlässlicher Auseinandersetzung mit den klinischen Befunden und den Vorakten, so unter anderem auch dem MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 27.

Dezember 2016 (zum Beispiel erwähnt in: Urk. 8/73/1), schloss Dr. D. ___ das Vorliegen einer eindeutigen Neurokompression der Wurzel C6 rechts aus und begründete dies unter anderem mit den symmetrischen Muskeleigenreflexen, der allseits normal geschilderten Sensibilität und der normal ausgeprägten Kraft an den oberen Extremitäten. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen hätten im Segment HWK4/5 zwar eine leichtgradige und im Segment HWK5/6 eine mittelgradige Osteochondrose gezeigt. Nachdem die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen im Bereich der HWS spätestens seit 2012 nicht mehr mit den bildgebend zu vereinbarenden typischen schmerzverstärkenden und -lindernden Mechanismen hergegangen seien, seien die geklagten Schmerzen auch nicht (mehr) mit den radiologisch-pathologischen Befunden vereinbar. Auch die geklagten Schmerzen im unteren Rückenbereich seien seines Erachtens unspezifisch, zeigten die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen doch normale Befunde; auch fehlten Hinweise für eine von den Iliosakralgelenken ausgehende Pathologie (Urk.

8/118/62). In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren. Es werde Aufgabe des im Rahmen dieser interdisziplinären Begutachtung mitbegutachtenden Psychiaters sein, diesbezüglich Stellung zu beziehen. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt bestehe zumeist täglich eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Höchstens phasenweise, aber nicht immer, sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 1-2 Stunden täglich ausgewiesen. Eine Einschränkung der Leistung während dieser Anwesenheitszeit bestehe nicht zwingend. Eine durchgehende respektive eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne somit für keinen Zeitraum für die bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten begründet werden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Die Prognose sei gut (Urk. 8/118/65-68).

Dr. C. ___ beschrieb in seinem psychiatrischen Gutachten Defizite in den Bereichen Anpassung an Regeln/Routinen, Planung/Strukturierung von Aufgaben und Durchhaltefähigkeit aufgrund körperlicher Missempfindungen und niedergeschlagen-ängstlicher Verstimmungen. Es sei dabei jedoch allein auf die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin abzustellen, soweit es tatsächliche somatische Defizite überschreite. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite sei auch gemäss Angaben der Beschwerdeführerin möglich (vergleiche Aktivitäten des täglichen Lebens,

soziale Kontakte). Zudem verfüge sie über persönliche Ressourcen (beispielsweise keine Probleme mit dem eigenen Selbstbild, anpassungsfähig, unabhängig, gute Kommunikationsfähigkeit, gute Intelligenz), einen Berufsabschluss, berufliche Erfahrung und einen geordneten sozialen Kontext. Beim Verlauf der Störung seien auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu beachten (beispielsweise Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, persönliche Berufswünsche; Urk. 8/118/34).

Dr. C.____ schloss gestützt auf seinen klinischen Befund und zwei testpsychologische Untersuchungen sowie in Auseinandersetzung mit der Aktenlage auf eine Remission der zuvor postulierten rezidivierenden depressiven Störung seit 01/2010 (Urk. 8/118/22 ff.) und erklärte ein Suchtleiden als aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht vorhanden (Urk. 8/118/22). Gestützt auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F) (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl., Bern 2015) sprach er sich für das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus, welche sich in Folge des 2007 erlittenen Unfalls entwickelt habe und seit November 2014 ärztlich attestiert werde (Urk. 8/118/19 ff.).

Eine relevante ($\geq 20\%$ von 100%) langdauernde Arbeitsunfähigkeit, die allfällig einer somatisch begründbaren hinzugerechnet werden könnte, sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie den damit verbundenen Defiziten (inklusive einer rezidivierenden ängstlich-niedergeschlagenen Verstimmung) bei der

Beschwerdeführer in für keinen Zeitraum begründbar. Es sei kein somatisch-pathologischer Befund ausgewiesen, der eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die von der Beschwerdeführer in früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten begründen könnte.

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente berücksichtige, könne für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (Urk. 8/118/75). 3.2.3

Dr. E.____

stellte in ihrem Bericht vom 22. Juli 2019

die Diagnose eines

Torticollis. Die betreffende Diagnose habe sich bereits bei der Erstvisite ergeben, werde im Gutachten aber nicht erwähnt. Gerade wegen der Fehlhaltung des Körpers elf Jahre lang aufgrund der Blindheit habe die Beschwerdeführerin einen Torticollis nach links mit deutlicher Dystonie und Verspannung des Sternocleidomastoideus - Muskels rechts entwickelt. Dies habe zu einem chronischen Schmerzsyndrom mit am ehesten zentraler Sensitivierung geführt. Dazu würden auf dem Niveau des Nackens eine cervikale Facettengelenksarthrose rechts grösser als links und zusätzlich cervikogene Kopfschmerzen mit migranöser Komponente bestehen. Die chronischen Schmerzen würden medikamentös behandelt, mit nur partieller Besserung der Symptomatik. Physiotherapie ergänze die Behandlung, allerdings gehe die Körperfehlstellung mehrere Jahre zurück und sei nicht leicht rückgängig zu machen. Die Beschwerdeführerin sei psychisch stabil bei akzentuierten

Persönlichkeitszügen. Die Depression sei aktuell nicht rezidivierend. Sie schliesse aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung bestehe. Die chronischen Schmerzen im Kopf-, Nacken-, Schulterbereich und der BWS würden vom Torticollis kommen. Wegen der chronischen Schmerzen und der Migräne, zusätzlich zur Blindheit des linken Auges, halte sie die Beschwerdeführerin für 70 % arbeitsunfähig. Eine 30%ige Arbeitsfähigkeit in einer geschützten Umgebung (wie zu Hause) werde als möglich erachtet (Urk. 8/130) . 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen einer invaliditätsrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung

und somit auch eine

massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 7. Dezember 2010 (Urk. 8/58) bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids (zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis: BGE 130 V 445 E. 1.2) . In medizinischer Sicht stützte sie sich hierbei insbesondere auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 19. Februar 2019 (E. 2.1 , E. 3.2.2) . 4.2

Das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten vom 19. Februar 2019 entspricht den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts. So beruht es auf umfassenden Untersuchungen (Urk. 8/118/13-18, Urk. 8/118/57-59) , berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 8/118/8-10, Urk. 8/118/55-56) und setzt sich insbesondere mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin und den Beurteilungen in den Vorakten ausführlich auseinander (Urk. 8/118/19-24, Urk. 8/118/ 60-65) . Sodann leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein (Urk. 8/118/25 ff . , Urk. 8/118/ 65 ff., Urk. 8/118/71 ff.) . Das betreffende Gutachten erfüllt damit die formalen Anforderungen an ein beweiskräftiges medizinisches Gutachten (E. 1.4). 4.3 4.3.1

Die Beschwerdeführerin erachtet das bidisziplinäre Gutachten vom 19. Februar 2019 nicht als beweiskräftig . Sie

bringt

da gegen vor, es könne nicht nachvollzogen werden, weshalb aus interdisziplinärer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werde, obwohl gemäss dem rheumatologischen Gutachten phasenweise eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % denkbar sei (Urk. 1 S. 8 Rn 6).

Die Gutachter kamen in ihrer

interdisziplinären Gesamtbeurteilung zum Schluss , es sei weder ein somatisch-pathologischer noch ein psychiatrischer Befund ausgewiesen, der eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die von der Beschwerdeführerin früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten begründen könne und stellten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (E. 3.2.2). Dies steht insofern in Einklang mit der Schlussfolgerung im rheumatologischen Gutachten, als auch Dr. D.____

eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten anhand der somatischen Befunde verneinte (Urk. 8/118/67). Soweit er darüber hinaus festgehalten hat , eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal

1-2 Stunden täglich sei höchstens phasenweise, aber nicht immer, ausgewiesen (Urk. 8/118/66) ,

trug er dem Umstand Rechnung, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden «höchstens partiell» auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar waren.

Zu diskutieren seien mögliche krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten sowie eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion , wobei es Aufgabe des begutachtenden Psychiaters sei, diesbezüglich Stellung zu beziehen (Urk. 8/118/65). Nachdem auch die psychiatrische Untersuchung keine invaliditätsrelevante Pathologie ergeben hatte, erachteten die Gutachter die sich aus dem rheumatologischen Gutachten ergebenden Anzeichen für eine die Leistungsfähigkeit zeitweise geringgradig einschränkende Pathologie in ihrer interdisziplinären Einschätzung offenbar nicht als hinreichend ausgeprägt , um versicherungsmedizinisch auf eine massgebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit schliessen zu können (E. 3.2.2) , was

insgesamt als nachvollziehbar

erscheint . Dementsprechend erweist sich der Einwand der Beschwerdeführerin , wonach das Gutachten hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig sei, als unbegründet .

Anzumerken bleibt, dass selbst bei Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in der bisherigen Tätigkeit kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad resultieren würde, zumal V aliden- und Invalidenein kommen – mangels Anstellungsverhältnis der Beschwerdeführerin seit November 2014 (Urk. 8/72, Urk. 8/118/11) – nach wie vor (vgl. Urk. 8/50) auf derselben Grundlage zu ermitteln wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2 mit Hinweisen ; vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7) . 4.3.2

Im Weiteren wirft die

Beschwerdeführerin

ein , der gutachterlichen Einschätzung der Leistungsfähigkeit liege

keine Abklärung des medizinischen Sachverhalts in der Fachrichtung

Neurologie zugrunde . Selbst

nachdem die behandelnde Neurologin in ihrem Bericht vom 22. Juli 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % auf grund des physischen Leidens attestiert habe , habe die Beschwerdegegnerin keine neurologischen Abklärungen getätigt, obwohl im rheumatologischen Gutachten festgehalten worden sei, dass, sofern von den behandelnden Ärzten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geltend gemacht werde, diese neurologisch respektive neurophysiologisch abgeklärt werden müsse

(Urk. 1 S. 8 ff.).

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 12) wurden i m Vorfeld zur interdisziplinären Begutachtung mehrere neurologische Abklärungen getätigt . Hinzuweisen ist auf den Bericht der Klinik K.____ vom 3. Dezember 2016 (Urk. 8/74/12-14) sowie auf die Berichte der Neurologie der Klinik F.____ vom 23. Juni 2017 (Urk. 8/74/8-10) , 18. August 2017 (Urk. 8/73)

und vom 24. August 2017 (Urk. 8/74/6-7) .

Dr. D.____ befasste sich im Rahmen seiner rheumatologischen Beurteilung im Einzelnen mit den neurologischen Vorberichten (Urk. 8/118/62-63) und kam

dabei – unter Verneinung sämtlicher Diagnosekriterien – zum Schluss, dass vorliegend kein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom gegeben sei. Das Vorliegen einer relevanten Neurokompression der Wurzel C6 rechts verneinte er damit, dass die Muskeleigenreflexe, welche die Wurzel C6 prüfen würden, symmetrisch ausgefallen seien, die Sensibilität allseits normal geschildert werde und auch die Kraft an den oberen Extremitäten normal ausgeprägt sei (Urk. 8/118/62).

Im Rahmen des Einwandverfahrens legte die Beschwerdeführerin

den Bericht von Dr. E.____ vom 22. Juli 2019 ins Recht, worin ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert wird (E. 3.2.3). Die Beurteilung von Dr. E.____

befasst sich hauptsächlich mit der diagnostischen Einordnung der Schmerzproblematik, was sich im Hinblick auf die invalidenversicherungsrechtlich relevante Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit

aber nicht als ausschlaggebend erweist

(vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_457/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.2 mit Hinweis). Die Annahme von Dr. E.____ , wonach bereits seit dem Jahr 2007 eine Fehllhaltung des Körpers bestehe (E. 3.2.3), steht sodann in Widerspruch zu den sich aus den neurologischen Abklärungen in der Klinik F.____ im Jahr 2017 und dem rheumatologischen Gutachten ergebenden objektiven Befunden (vgl.

Urk. 8/73, Urk. 8/74/6-10, Urk. 8/118/57-58) .

Ihre Diagnose eines Torticollis begründete Dr. E.____ sodann nicht mit entsprechenden Befunden

und legte im Übrigen auch nicht dar, inwiefern die gutachterliche Einschätzung – über die diagnostischen Aspekte hinweg – unzutreffend sein sollte, was sich aufgrund der in den Vorakten erhobenen objektiven Befunde sowie der bereits

dazumal geklagten chronischen Kopfschmerzen (Urk. 8/118/55-56) jedoch aufgedrängt hätte.

Die Ausführungen in der Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2020 (Urk. 12)

lassen sodann erahnen, dass Dr. E.____ keine Kenntnis der vor der Begutachtung erstatteten neurologischen Berichte mit den darin erhobenen (ins besondere auch bildgebenden) Befunden hatte.

Ferner darf auch der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Nach

dem Gesagten erweist es sich als schlüssig, dass RAD Arzt Dr. med.

L.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

der Beurteilung von Dr. E.____ keine neuen medizinischen Tatsachen entnahm und ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht als nachvollziehbar erachtete (Urk. 9). RAD-Arzt L.____ verfügt zwar nicht über einen Facharztstitel für Neurologie, ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung aber dennoch in der Lage, die Zuverlässigkeit von Facharztberichten zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2019 vom 6. August 2019 E. 2.3.3, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_149/2008 vom 27. Oktober 2008 E. 3.2). 4.4

In ihrer Neuanmeldung vom 4. August 2017 nannte die Beschwerdeführerin als gesundheitliche Beeinträchtigung ausschliesslich somatische Leiden (Urk. 8/69/6, vgl. Urk. 1 S. 9). Gemäss den psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____

erhob die Beschwerdeführerin

sodann keine Einwände (vgl. Urk. 1 S. 8 ff.) und zog insbesondere dessen Schlussfolgerung, wonach eine relevante lang an dauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht begründet werden könne (Urk. 8/118/36),

nicht in Zweifel. Zu Recht stellte die Beschwerdeführerin denn auch nicht in Frage, dass dem Gutachten von Dr. C.____ eine hinreichende Auseinandersetzung mit den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 zu entnehmen ist. Namentlich nahm Dr. C.____

Bezug auf den Schweregrad des Leidens und bezeichnete den objektiven psychopathologischen Befund der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als nicht ausgeprägt (Urk. 8/118/23). Auch schloss er eine massgebliche psychische Komorbidität nachvollziehbar aus, nachdem er die rezidivierende depressive Störung anhand der erhobenen Befunde und in Auseinandersetzung mit der Aktenlage überzeugend als seit Jahren remittiert und ein Suchtleiden als nicht vorhanden beurteilt hatte. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien sodann lediglich eine Normvariante im Sinne einer Eigenheit, welche das interaktionelle Verhalten der Beschwerdeführerin seit der Kindheit sowohl positiv als auch negativ beeinflusst hätten (Urk. 8/118/24), was nicht auf eine massgebliche Wechselwirkung mit der chronischen Schmerzstörung schliessen lässt (BGE 144 V 50 E. 5.2.1). Auch lässt der von Dr. C.____ dokumentierte Behandlungsverlauf (Urk. 8/118/26 f.) jedenfalls nicht auf eine Behandlungsresistenz in psychiatrischer Hinsicht schliessen. Sodann trug Dr. C.____ bei seiner Einschätzung der Leistungsfähigkeit zu Recht den offensichtlich vorhandenen beträchtlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin (Urk. 8/118/34) und ihrem sozialen Kontext sowie dem gezeigten Aktivitätsniveau im privaten Bereich Rechnung (Selbstständigkeit in der Versorgung des Haushalts, intakte soziale Kontakte mit Freunden und Eltern, Mithilfe im Haushalt der Eltern, Aktivitäten des täglichen Lebens, Urk.

8/118/26) und schloss nicht krankheitsbedingte soziale Faktoren wie das Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen und persönliche Berufswünsche von der Beurteilung aus (Urk. 8/118/34). Mit Blick darauf rechtfertigen sich am gutachterlichen Ausschluss einer relevanten Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen auch im Lichte der rechtserheblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281 keine Zweifel. Eine im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung relevante

Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes kann dementsprechend ausgeschlossen werden. 4.5

Da nach dem Dargelegten weder die Einwände der Beschwerdeführerin noch der nach Gutachtenserstellung erstattete Bericht vom 22. Juli 2019 begründete Zweifel an der Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens vom 19. Februar 2019 zu erwecken vermögen, kann darauf abgestellt werden. Gestützt auf die nachvollziehbaren Ausführungen im Gutachten steht fest, dass kein Leiden vorliegt, welches die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dauerhaft einschränkt. Eine anspruchrelevante gesundheitliche Verschlechterung im hier massgebenden Beurteilungszeitraum ist daher nicht eingetreten. Von weiteren Abklärungen – insbesondere der beantragten neurologischen Zusatzabklärungen (Urk. 1 S. 10 Rn 7) – ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157) abzusehen, zumal die Beschwerdeführerin vor der Begutachtung bereits neurologisch abgeklärt wurde und sich auch anhand des aktuellen Berichts der behandelnden Neurologin vom 22. Juli 2019 keine objektiven Befunde für eine neurologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit auch keine Anhaltspunkte für weitere Abklärungen im Fachbereich der Neurologie gefunden haben.

Da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung die mit Mitteilung vom 5. April 2018 auferlegte Schadenminderungspflicht (Urk. 8/88) nicht mehr erwähnt (vgl. Urk. 2) und folglich nicht mehr daran festgehalten hat, erübrigen sich Ausführungen in diesem Zusammenhang.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5.

Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Beschwerdeschrift ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung gestellt (Urk. 1 S. 2). Ihre Mittellosigkeit ist ausgewiesen (Urk. 3) und der Prozess kann nicht von vornherein als aussichtslos bezeichnet werden. Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des

Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind somit erfüllt. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ist daher zu bewilligen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Prozesskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. 6.

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 9. Oktober 2019 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 §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 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 VogelKübler

E. 7

). Mit Mit teilung vom 5. Dezember 2007 leistete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, Kostengutsprache für eine Glas-Augenprothese (Urk. 8/13, vgl. Urk. 8/1). Am 28. April 2009 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf den Unfall vom 29. Mai 2007 sowie diverse Operationen und Komplikationen bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/20). Nachdem die IV-Stelle den erwerblichen und medizinischen Sachverhalt abgeklärt und in diesem Zusammenhang ein psychiatrisches Gutachten eingeholt hatte (Gutachten vom 15. Januar 2010 [Urk. 8/36, vgl. auch Urk. 8/38]), verneinte sie einen Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 7. Dezember 2010 (IV Grad: 30%; Urk. 8/58).

E. 8

ff.). Die Diagnose einer Torticollis habe vorher nicht gestellt werden können, da kein Arztbericht in der Fachrichtung Neurologie vorgelegen habe (Urk. 12).

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