

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00127 vom 26. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00127

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00127 du 26 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00127 del 26 agosto 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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. 1.3

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 vor au s (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 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 Invali dität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiolo gie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein.

Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der ver sicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 zuver lässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürf en sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge ben, 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).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 14. Februar 2020 Beschwerde mit dem Rechts begehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zu ergä n zenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid an die Beschwerde gegnerin zurückzuweisen. Des Weiteren sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und in der Person von Rechtsanwalt Daniel Christe ein unent gelt licher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Zwecks Darlegung ihrer finan ziellen Verhältnisse reichte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 23. März 2020 (Urk. 8) Unterlagen ein (Urk. 6, Urk. 7/1-14). Mit Beschwerdeantwort vom 2. April 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. April 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 14.

Januar 2020 (Urk. 2) hielt die Be schwerdegegnerin zusammengefasst fest, dass sie nach dem Rückweisungsurteil durch das Sozialversicherungsgericht weitere medizinische Abklärungen getätigt und bei der A.____ ein Gutachten eingeholt habe . Dieses erweise sich als nach vollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Unter Berücksichtigung der von medizinischer Seite festgestellten Aggravation sei insgesamt kein invalidi sierender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausge wiesen, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung beste he.

E. 2.2

Dieser Beurteilung hielt die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift vom 14. Februar 2020 im Wesentlichen entgegen, dass aufgrund der mangelnden fachlichen Qualifikation des psychiatrischen Gutachters nicht auf dessen Telexpertise abgestellt werden könne. Angesichts der Einschätzung des behandelnden Psychiaters könne eine psychisch bedingte Invalidität nach wie vor nicht ausgeschlossen werden (Urk. 1 S. 4). Darüber hinaus vermöge auch das rheumatologische Teilgutachten nicht zu überzeugen. In Anbetracht der mittels MRI erhobenen Befunde an der Lendenwirbelsäule könne nicht von einer bloss altersgemässen Abnützung ausgegangen werden. Es greife zu kurz, die angegebenen Beschwerden einfach mit dem angeblich aggravatorischen Verhalten abzutun (Urk. 1 S. 5). Gesamthaft könne auf das A.____-Gutachten nicht abgestellt werden, weshalb die Angelegenheit ein weiteres Mal an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen sei, damit eine korrekte und beweiskräftige Begutachtung durchgeführt werde (Urk. 1 S. 6).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. April 2020 (Urk. 10) wies die Beschwerdegegnerin einerseits darauf hin, dass der psychiatrische Gutachter sowohl über einen spezialärztlichen Titel als auch über eine Berufsausübungsbewilligung verfüge. Andererseits machte sie darauf aufmerksam, dass bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zuließen. Für die anamnestisch geschilderte hohe Schmerzintensität habe im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat bestanden. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung sei zudem keine Störung zentraler oder peripherer neuraler Strukturen eruierbar gewesen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin gestützt auf das nachvollziehbare A.____-Gutachten sowohl im angestammten als auch in einem leidensangepassten Tätigkeitsbereich voll arbeitsfähig, weshalb an der Abweisung des Leistungsbegehrens festgehalten werde.

E. 3.1

Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin veranlasste die Beschwerdegegnerin zunächst eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS Z.____. Das MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2016 samt ergänzender Stellungnahme vom 29. November 2016 (Urk. 11/41, 11/43) wurde seitens des Sozialversicherungsgerichts mit Urteil vom 26. Juli 2018 als nicht taugliche Grundlage für die Beurteilung allfälliger Invalidenversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche eingestuft. Einerseits verfügte der neurologische Gutachter nicht über die erforderliche Fachausbildung. Andererseits erschloss sich nicht, weshalb von psychiatrischer Seite in Anbetracht weitestgehend unauffälliger objektiver Befunde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Erwerbstätigkeit attestiert wurde. Darüber hinaus wurde dem demonstrativen Schmerzgebaren und diversen Inkonsistenzen unter anderem durch den rheumatologischen Sachverständigen nicht gebührend Rechnung getragen (Urk. 11/69/12 f.). Aus diesen Gründen wurde die Durchführung einer erneuten polydisziplinären Begutachtung für unumgänglich erachtet und die Angelegenheit zu diesem Zweck an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (Urk. 11/69/13 f.).

E. 3.2.1

Im Rahmen der weiteren medizinischen Abklärungen holte die Beschwerdegegnerin zunächst bei Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Bericht ein, welcher vom 23.

November

2018 datiert. Diesem sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: - rezidivierende depressive Störung, mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11/F33.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) bei chronifizierten Kopf- und Rückenschmerzen - Migräne.

Aufgrund der starken Schmerzen und der schwerwiegenden depressiven Symptomatik sei die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin stark reduziert. Für jegliche Erwerbstätigkeit bestehe seit dem 7. November 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ferner sei die Beschwerdeführerin auch bei der Erledigung von Haushaltsaufgaben erheblich eingeschränkt (Urk. 11/76/2 ff.).

E. 3.2.2

Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, verweist in ihrem Bericht vom 12. Dezember 2018 auf ihre frühere Stellungnahme aus dem Jahr 2016. Zudem hielt sie fest, dass sich die Situation seither eher verschlechtert habe und die Beschwerdeführerin an therapieresistenten Beschwerden leide. Die Prognose sei schlecht. Es werde die Ausrichtung einer mindestens halben Invalidenrente befürwortet (Urk. 11/79/3).

E. 3.2.3

Dem polydisziplinären A.____-Gutachten vom 30. Juli 2019 sind folgende Diagnosen zu entnehmen, welche sich allesamt nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (Urk. 11/93/8 f.): - Hypothyreose - arterielle Hypertonie - Präadipositas - Analgetika-Cephalgie - Bouchard-Arthrose PIP-Gelenk Mittelfinger rechts ohne funktionelle Einschränkung (ICD-10 M15.2) - neuromuskuläre Dysbalance mit Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz, Hyperlordose mit hieraus resultierender Facettengelenksbelastung LWK5/SWK1 (ICD-10 M99, R29.3) - mögliche Dysthymia (ICD-10 F34.1).

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass sowohl der arterielle Gefäßstatus als auch die kardiale und pulmonale Befunderhebung vor und nach Belastung unauffällig gewesen seien. Auffälligkeiten hätten sich ferner auch mit Blick auf den EKG-Stromkurvenverlauf und den abdominalen Befund nicht ergeben. Die Labordiagnostik habe einen erhöhten TSH-Wert als Hinweis auf eine Hypothyreose bei ansonsten unauffälligen internistisch relevanten Laborparametern gezeigt. Eine hausärztliche Kontrolle und gegebenenfalls medikamentöse Schilddrüsen-Substitution sollten erfolgen, da eine Unterfunktion unter anderem auch zu depressiven Störungen führen könne. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seien daraus jedoch nicht abzuleiten. Die im Fragebogen zur Begutachtung von der Beschwerdeführerin genannten Schwindelbeschwerden seien von ihr anamnestisch nicht geklagt worden. Darauf hinweisen die Befunde hätten sich im Zuge der Untersuchung nicht ergeben (Urk. 11/93/38 f.). Im Ergebnis sei auch rückblickend keine internistische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu erkennen (Urk.

11/93/42).

Anlässlich der Untersuchung durch Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, habe die Beschwerdeführerin über sehr starke Kopf-, Wirbelsäulen- und Kreuzschmerzen sowie Schmerzen in allen Gelenken geklagt. Ausserdem bestehe eine Arthrose in den Händen und Füßen (Urk. 11/93/58). Im Weiteren komme es zu Schwindelattacken mit häufigen Stürzen, wobei sie blaue Flecken und Verletzungen erlitten habe. Sie schlafe immer auf

dem Boden, da sie sich Sorge, aus dem Bett fallen zu können. Zudem vermeide sie zügige Kopfbewegungen. Auf näheres Nachfragen hin habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass es sich nicht um Schwindelattacken, sondern um einen permanenten Drehschwindel handle. Der Kopfschmerz erreiche aktuell eine maximale Intensität, ebenso wie die lumbal betonten Rückenschmerzen (Urk. 11/93/66). Aus fachärztlicher Sicht hielt Prof. Dr. E. ___ fest, dass kein zentrales oder peripheres neurologisches Schwindelsyndrom vorgelegen und auch nicht provoziert werden können. Entgegen ihren Angaben habe die Beschwerdeführerin in der Untersuchung nicht relevant schmerzgeplagt oder unter einem permanenten Drehschwindel leidend gewirkt. Vielmehr sei es ihr zumindest zeitweise möglich gewesen, stark gestikulierend mit begleitenden zügigen Kopfbewegungen ihre Beschwerden zu schildern. Koordinationsaufforderungen hätten ohne neurologische Auffälligkeiten absolviert werden können. Die Zusatzuntersuchungen hätten aus neurologischer Sicht kein klinisch relevantes auffälliges Ergebnis geliefert. In Bezug auf das MRI des Kopfes sollte bei Verdacht auf das Vorliegen einer kleinen Arachnoidalzyste in drei bis sechs Monaten eine radiologische Kontrolle erfolgen. Das MRI der Hals- und Lendenwirbelsäule zeige aus neurologischer Sicht keine klinisch relevante Auffälligkeit. Ein namhaftes objektivierbares spinales Syndrom habe nicht vorgelegen und es hätten sich keine Hinweise für eine Schädigung der langen Bahnen finden lassen (Urk. 11/93/72). Gesamthaft bestehe keine neurologisch begründete und invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung. Der analgetikainduzierte Kopfschmerz sei spätestens seit 2014 bekannt und sollte nunmehr leitliniengerechtesistiert werden, was der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht gut zumutbar sei (Urk. 11/93/73).

Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. F. ___ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von einer im Vordergrund stehenden Schmerzsymptomatik vom lumbosakralen Raum über die Glutealregion , über die Oberschenkelrückseite und durch die Kniekehle hinabziehend in die Unterschenkelrückseite bis zur Ferse be richtet habe. Diese Beschwerden würden seit acht bis zehn Jahren bestehen und seien von brennend-drückendem Charakter mit der Wahrnehmung einer Kraftlosigkeit. Die Schmerzintensität nach visueller Analogskala (VAS) betrage 9.5/10-10/10-10/10 für minimale-aktuelle-maximale Schmerzangabe. Im Weiteren bestünden seit rund sechs Jahren nadelstichartige Schmerzen am Grundgelenk des rechten Mittelfingers über die gesamte Phalanx mit einer Schmerzintensität von 8/10-8.5/10-9.5/10. Ähnlich sei die Symptomatik am rechten Daumen. Seit eben falls acht bis zehn Jahren seien «nadelnd-brennende» Schmerzen über dem Grosszehengrundgelenk mit einer Intensität von 9/10-9.5/10-10/10 vorhanden. Eine Schmerzbeeinflussung sei maximal für eine Stunde durch die Medikation möglich; weitere Massnahmen würden nicht ergriffen (Urk. 11/93/100). Gemäss Dr. F. ___ hätten sich im Rahmen der Untersuchung keine strukturell funktionsmindernden Erkrankungen im rheumatologischen Bereich feststellen lassen. Führend sei eine Adipositas Grad I mit Fehlhaltung und neuromuskulärer Dysbalance . Die Muskelungleichgewichte könnten in sich selbst zu einer Muskel- und Sehnen symptomatik führen, seien jedoch nicht leistungslimitierend und als eigentliche Krankheitsentität zu bewerten. Eine Besserung liesse sich durch eine Gewichtsreduktion und eine körperliche Reaktivierung realisieren. Die beginnenden radiologischen degenerativen Zeichen der Wirbelsäule seien im klinischen Befund nicht repräsentiert und somit als zufälliger, altersbezogen normaler Degenerationsgrad zu bewerten. Auffallend sei hier eine erhebliche Schmerzpräsentation mit fünf positiven Waddell -Zeichen ohne namhafte Schmerzbeeinträchtigung in der abgelenkten Beobachtungssituation und bei

Beobachtung auf der Strasse. Hinzuweisen sei zudem auf die deutliche Diskrepanz zwischen reklamierter aktueller Schmerzintensität und der freien spontanen Motilität; eine demonstrative Beschwerdepräsentation sei mehrheitlich wahrscheinlich. Im klinischen Befund hätten sich keine Einschränkungen der spontanen Motilität, kein Schon sitz und keine namhafte Schonhaltung gezeigt. Eine rheumatologische Erkrankung im Sinne einer autoimmun-vermittelten Pathologie oder eine andere ossäre, arthrogene, myogene oder ligamentäre Erkrankung seien nicht evident. Die leichten degenerativen Zeichen der Knie seien im Rahmen der Adipositas hinlänglich erklärbar. Auffallend sei eine deutliche Beschwielung der Fusssohlen, die gegen die in der Anamnese genannte massive Einschränkung der Gehfähigkeit spreche. Ein namhaftes somatisches Korrelat mit verminderter Muskelkraft sei ebenfalls nicht eruierbar. Gesamthaft bestehe aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht sowohl für die zuletzt ausgeübte als auch für jedwede vergleichbare Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, was per sofort und auch rückwirkend gelte (Urk. 11/93/113 f.).

Im Zuge der Exploration durch Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, habe die Beschwerdeführerin wiederum von ihren starken polytopen Dauerschmerzen im Bewegungsapparat berichtet. Auf Nachfrage habe sie eine Vergesslichkeit erwähnt; sie habe den Gasherd schon einmal nicht ausgeschaltet. Andere psychische Beschwerden habe sie nicht geschildert. Durch die hohe Schmerzbelastung sei sie manchmal bedrückt und lustlos. Ferner träten Einschlafstörungen und eine gelegentliche Tagesmüdigkeit auf (Urk. 11/93/140). Aus fachärztlicher Sicht hätten weder Bewusstseins- noch Orientierungsstörungen vorgelegen. Lebensdaten seien sicher rekonstruiert worden. Konzentration und Aufmerksamkeit hätten sich im Gespräch unauffällig dargestellt; bei den orientierenden Kurztests seien Defizite demonstriert worden. Hinweise auf Befürchtungen und Zwänge hätten sich ebenso wenig ergeben wie auf Wahrnehmungs-, Ich- oder Denkstörungen. Es sei von einer zeitweisen Grübelneigung berichtet worden. Unauffällig gewirkt hätten ausserdem die Stimmung bei angemessener affektiver Schwingungsfähigkeit sowie der Antrieb in Anbetracht des Redeflusses und des beobachteten Verhaltens (Urk. 11/93/143 f.). Insgesamt ergebe der erhobene Befund keine gravierenden Auffälligkeiten; insbesondere lasse sich eine depressive Episode nicht ausreichend objektiveren. Die genannten Beschwerden wie zeitweise Bedrücktheit und Lustlosigkeit, Vergesslichkeit und Schlafstörungen würden das Niveau einer leichtgradigen depressiven Störung erreichen und seien am ehesten einer Dysthymie zuzuordnen. Dadurch würden die Alltagskompetenz und die Arbeitsfähigkeit nicht beziehungsweise kaum beeinträchtigt. Erfahrungsgemäss bilde sie sich unter einer leitlinien gemässen Behandlung zurück. Die Konsistenzprüfung habe zudem mehrere Indizien für eine nicht plausible Schmerzpräsentation ergeben. Die Schmerzen und die übrigen Beschwerden seien relativ vage und unpräzise geschildert und zum Teil appellativ sowie demonstrativ vorgetragen worden. Es habe eine auffällige Diskrepanz zwischen demonstrativer Beschwerdeschilderung und fehlender Beeinträchtigung bei der Verhaltensbeobachtung sowie dem klinischen Eindruck bestanden. Es könne weder auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung noch auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren geschlossen werden (Urk. 11/93/147 f.). Bei dieser Ausgangslage sei aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit gegeben. Die Vorbewertungen seien nicht hinreichend schlüssig, da die herausgearbeiteten Hinweise auf erhebliche Inkonsistenzen nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Die aktuelle Einschätzung sollte daher spätestens ex nunc gelten (Urk. 11/93/151 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die A.____ -Gutachter zum Schluss, dass sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 11/93/9 f.).

E. 4.1

Während die Beschwerdegegnerin das A.____ -Gutachten für beweiskräftig erachtet und gestützt darauf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint, vertritt die Beschwerdeführerin die Auffassung, dass auf die Expertise nicht abgestellt werden könne und eine erneute Begutachtung erforderlich sei (vgl. vorstehende E. 2).

E. 4.2.1

In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. G.____ macht die Beschwerdeführerin geltend, dass dieser nicht im Ärzteverzeichnis der FMH aufgeführt sei. Die Internetrecherche ergebe keinen einzigen Eintrag für einen Psychiater mit diesem Namen und Bezug zur Schweiz. Allenfalls handle es sich um den Psychiater Dr. H.____ aus Köln. Ob dieser die fachärztlichen Voraussetzungen zur gutachterlichen Tätigkeit erfüllt, könne gestützt auf die Akten nicht beantwortet werden. Die Beschwerdegegnerin habe dazu nicht Stellung genommen. Aufgrund der mangelnden fachlichen Qualifikation könne auf das psychiatrische Teilgutachten nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 4).

E. 4.2.2

Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt unter anderem davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt (Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3 mit Hinweisen).

E. 4.2.3

Die Beschwerdeführerin übersieht, dass Dr. G.____ sowohl über einen in der Schweiz anerkannten Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie als auch in Neurologie verfügt (vgl. www.medregom.admin.ch; zuletzt besucht am 14. Juli 2020). Sodann ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten (vgl. Urk. 10 S. 1), dass eine FMH-Ausbildung gemäss bundesgerichtlicher Praxis nicht zwingend vorausgesetzt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_669/2018 vom 18. April 2019 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Zutreffend ist auch der Hinweis, dass eine kantonale Berufsausübungsbewilligung praxisgemäss nicht Voraussetzung für eine Gutachtertätigkeit bildet (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2016 vom 27. April 2016 E.

E. 4.2.4

Inhaltlich vermag das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls zu überzeugen. Dr. G.____ legte nachvollziehbar dar, weshalb aufgrund einer möglichen Dysthymie (ICD-10 F34.1) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei. Zum einen ergab die psychiatrische Befunderhebung keine gravierenden Auffälligkeiten (vgl. Urk.

11/93/14 2

f f.). Insbesondere liessen sich die ICD-10-Achsenkriterien für eine depressive Episode (vitale Traurigkeit sowie Antriebs- und Freud-/Interessenverlust) nicht objektivieren. Sodann trug Dr. G. ___ auch den von ihm festgestellten Inkonsistenzen Rechnung. So konnte er nicht nur trotz geklagter Vergesslichkeit während 90 Minuten keine mnestischen Einschränkungen erkennen. Auch das Ergebnis des Beschwerdevalidierungstests ergab deutliche Hinweise für ein nicht glaubwürdiges Antwortverhalten. Zudem waren die Resultate der Prüfung der Konzentrationsleistung (Aufzählen der Monatsnamen, Kettensubtraktion) weit unterdurchschnittlich. Die Schmerzpräsentation wurde ebenfalls als nicht plausibel eingestuft, da eine auffällige Diskrepanz zwischen der demonstrativen Beschwerdeschilderung einschliesslich Selbsteinstufung in der VAS und dem klinischen Eindruck mit fehlender Beeinträchtigung bei der Verhaltensbeobachtung bestand. Darüber hinaus konnte gemäss Gutachter keine sachliche Diskussion über Verweistätigkeiten stattfinden, da sich die Beschwerdeführerin kategorisch für arbeitsunfähig erachtete (Urk. 11/93/147 f.).

Nicht nur in Anbetracht dieser schlüssigen Ausführungen vermag der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. B. ___ vom 23. November 2018 (Urk. 11/76) , welcher von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit ausgeht, das psychiatrische Teilgutachten nicht in Frage zu stellen. Abgesehen von der Erfahrungstatsache , dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) , erschliesst sich nicht, weshalb es der Beschwerdeführerin aufgrund psychischer Beeinträchtigungen zur Gänze verunmöglicht sein sollte, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ist sie doch nicht nur in der Lage, die im Haushalt anfallenden Aufgaben wie Reinigungsarbeiten, Kochen und Einkaufen selbständig zu erledigen , sondern sie pflegt darüber hinaus auch ihren Ehemann, welcher auf den Rollstuhl angewiesen ist, wobei sie mit ihm auch mehrmals wöchentlich bis zu einstündige Spaziergänge unternimmt. Regelmässige soziale Kontakte bestehen zur Tochter, den fünf Enkeln, den Geschwistern und einer Nachbarin. Überdies ist die Beschwerdeführerin in der Lage, mit dem Flugzeug für mehrere Wochen pro Jahr in ihre Heimat Kosovo zu reisen (vgl. Urk. 11/93/34 f., 11/93/100 f., 11/93/142). Dieses Aktivitätsniveau ist mit der von Dr. B. ___ attestierten gänzlichen Arbeitsunfähigkeit kaum vereinbar , weshalb dessen Beurteilung nicht zu überzeugen vermag .

E. 4.2.5

Zwar hat das Bundesgericht grundsätzlich für sämtliche psychischen Leiden die Anwendbarkeit des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 statuiert (BGE 143 V 409 und 418) , e in solches bleibt jedoch aus Gründen der Verhältnismässigkeit namentlich dort entbehrlich, wo im Rahmen fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Diese Voraussetzungen sind vorliegend

wie soeben dargelegt

erfüllt.

E. 4.3

mit Hin weisen). Dessen ungeachtet verfügt D r. G.____

über eine solche. Die Berufs ausübungsbewilligung für den Kanton Zürich

wurde ihm 2014 erteilt

(vgl. den ihn betreffenden Eintrag auf der oben zitierten Internetseite).

Vor diesem Hinter grund besteht kein Anlass, die fachliche Qualifikation des psychiatrischen Gut achters in Zweifel zu ziehen.

E. 4.3.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, der rheu matologische Teilgutachter habe die funktionellen Auswirkungen der mittels MRI erhobenen Befunde nicht eruiert. Diese Befunde würden ihre Schmerzangaben sowie die präsentierten Einschränkungen zumindest zum Teil erklären. Es greife jedenfalls zu kurz, die angegebenen Beschwerden mit einem angeblich aggrava torischen Verhalten abzutun (Urk. 1 S. 5).

E. 4.3.2

Die Beschwerdeführerin lässt zum einen ausser Acht, dass bildgebend nach ge wiesene (pathologische) Befunde für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeits unfähigkeit zulassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Zum anderen ist festzuhalten, dass Dr. F.____ über die Ergebnisse der im Mai 2019 durchgeführten MRI-Untersuchungen orientiert war (Urk. 11/93/110 f. , 11/93/177 ff.). Trotz in der Bildgebung

unter anderem sichtbarer

Diskusprotrusionen an der Halswirbelsäule und schwere r Facetten ge lenksarthrosen im Bereich der Lendenwirbelsäule konnte er im Rahmen der klini schen Untersuchung keine relevanten , strukturell funktionslimitierenden Erkran kungen feststellen. Dabei wurde auch die demonstrative und als überwiegend bewusstseinsnah qualifizierte (Urk. 11/93/115)

Beschwerdepräsentation mit zahlreichen deutlichen Inkonsistenzen in die Beurteilung miteinbezogen. Nicht nur fielen sämtliche fünf Waddell -Zeichen positiv aus (Urk. 11/93/109); wiederholt konnte auch eine muskuläre Gegenanspannung festgestellt werden (Urk.

11/93/103 ff.). Trotz massivem Klagen und Jammern entstand jedoch kein konsistent schmerzgeplagter klinischer Eindruck. Unter Ablenkung sistierte das Schmerzklagen (Urk. 11/93/102). Hervorzuheben ist ausserdem, dass anlässlich der weiteren somatischen Untersuchungen ebenfalls diverse Inkonsistenzen auf fielen. Gemäss Prof. Dr. E.____

liess sich der geklagte permanente Drehschwindel nicht objektivieren. Zudem wirkte die Beschwerdeführerin im Rahmen der neu rologischen Abklärung nicht schmerzgeplagt, obwohl sie von Schmerzen maxi maler Intensität berichtet habe

(Urk. 11/93/72, 11/93/75). Darauf wies auch der internistische Gutachter hin, welcher ausserdem anmerkte, dass die Beschwerdeführerin während des Belastungstests beim Gehen über 100 Meter das linke Bein nachgeführt und die linke Hand beständig an den linken Beckenkamm gehalten habe. In der Nachbeobachtungsphase sei sie dann jedoch über eine halbe Stunde im Stehen und ohne Einschränkungen schlendernd hinter dem Institut zu

beobachten gewesen (Urk. 11/93/41).

Vor diesem Hintergrund besteht keine Veranlassung, dem rheumatologischen Teilgutachten die Beweiskraft abzusprechen. Dies gilt umso mehr in Anbetracht des Umstands, dass bereits im Zuge der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2016 verschiedene Inkongruenzen wie aktives Gegenspannen sowie ein demonstratives Schmerzverhalten auffielen, sodass damals kaum eine aussagekräftige Untersuchung möglich war (Urk. 11/41/19). Im Übrigen liegen keine Berichte vor, welche begründete Zweifel an der rheumatologischen Beurteilung der A.____

wecken. Dr. C.____, welche am 12. Dezember 2018 eine Berentung der Beschwerdeführerin forderte, ohne näher zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen und aktuelle objektive Befunde zu erheben (Urk. 11/79/3),

verfügt über keine Qualifikation in diesem Fachbereich. Bei anderen Ärzten steht die Beschwerdeführerin nicht in somatischer Behandlung, was angesichts dessen, dass sie gemäss eigenen Angaben seit Jahren unter stärksten und medikamentös kaum beeinflussbaren Schmerzen leide (vgl. Urk. 11/93/100), nicht für einen erheblichen Leidensdruck spricht.

E. 4.4

Nach dem Gesagten erweist sich das A.____-Gutachten vom 30. Juli 2019 in allen Belangen als schlüssig und überzeugend. Es erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung geforderten Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4 vorstehend).

Auf dieser Grundlage ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als Mitarbeiterin für Verpackung und Sortierung auszugehen.

Diese seinerzeitige Stelle bei der Y.____ AG hatte sie aus betrieblichen Gründen per Ende 2011 verloren (Urk. 11/25). Das dort erzielte Einkommen belief sich zuletzt auf Fr. 45'817.-- im Jahr (Urk. 11/13/1). In einer ebenfalls ungelerten Tätigkeit vermochten Frauen im Jahr 2012 einen Lohn von monatlich Fr. 4'228.-- zu erzielen (Totallohn gemäss Lohnstrukturerhebung 2012 des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1). Somit ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin in einer ihren Ressourcen entsprechenden Tätigkeit ab 2012 einen vorherigen Lohn bei der Y.____ AG gar übersteigendes Einkommen hätte erzielen können (Fr. 45'817.-- : 12 = Fr. 3'818.--).

Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 14. Januar 2020 (Urk. 2) ist daher nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 5

.2

Die in der Beschwerde erhobenen Einwände gegen das von der Beschwerdegegnerin eingeholte A.____-Gutachten erweisen sich als offensichtlich unbegründet. Nicht stichhaltig war zum einen die Argumentation, dass der psychiatrische Sachverständige nicht über die vorausgesetzte fachliche Qualifikation verfüge. Zum anderen sind den von der Beschwerdeführerin herangezogenen Berichten der behandelnden Ärzte keine konkreten

Indizien zu entnehmen, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Unter weiterer Berücksichtigung der von den Gutachtern in diverser Hinsicht festgestellten Inkonsistenzen waren die Aussichten auf Zusprechung einer Invalidenrente beziehungsweise Durchführung einer erneuten Begutachtung ex ante betrachtet erheblich geringer als die Chancen auf eine Abweisung des Rechtsbegehrens. Insgesamt können die Erfolgsaussichten der Beschwerde daher nicht als ernsthaft bezeichnet werden, weshalb das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung abzuweisen ist.

Somit steht dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin keine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu und es sind der Beschwerdeführerin ausgangsgemäss die Gerichtskosten, die auf Fr. 800.-- anzusetzen sind (vgl. Art. 69 Abs. 1 bis IVG), aufzuerlegen, ohne dass diese einstweilen auf die Gerichtskasse genommen werden könnten. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

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