

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00179 vom 3. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00179 du 3 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00179 del 3 settembre 2021

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 Allgemeinen 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

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1. 3

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

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 1.3

Am 30. November 2018 (Eingangdatum) meldete sich X.____ erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/49). Die IV-Stelle ersuchte die Versicherte mit Schreiben vom 5. Dezember 2018 um die Einreichung von Beweismitteln für eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse seit der Verfügung vom 9. Mai 2009 (Urk. 8/55). Mit Schreiben vom 4. Januar 2019 gab D.____, Praktischer Arzt FMH, eine Einschätzung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab (Urk. 8/56). Die IV-Stelle holte die Arztberichte von D.____ vom 11. Januar 2019 (Urk. 8/59/7) und vom 26. April 2019 (Urk. 8/71) und von Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Juli 2019 (Urk. 8/75) sowie die Arbeitgeberberichte der F.____ AG vom 15. Januar 2019 (Urk. 8/61) und der G.____ AG vom 30. Januar 2019 (Urk. 8/65) ein. Am 31. Juli 2019 teilte sie X.____ mit, dass die Abklärungen ergeben hätten, dass die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nicht möglich sei (Urk. 8/76). In der Folge holte die IV-Stelle das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Juli 2020 (Urk. 8/107) ein, welches unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens von lic. phil. I.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 22. Juni 2020 (Urk. 8/106) erstellt wurde. Am 10. Juli 2020 nahm RAD-Arzt PD Dr. med. J.____ zum Gutachten Stellung (Urk. 8/108/7). Mit Vorbescheid vom 23. Juli 2020 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, dass sie das Leistungsbegehren abweisen werde (Urk. 8/109). Dagegen erhob X.____ durch die Sozialen Dienste der Stadt Zürich am 11. September 2020 (Urk. 8/113) bzw. am

E. 2

. Es seien weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2021 (Urk. 2) aus, aus medizinischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Es fänden sich jedoch viele Hinweise für eine starke Aggravation sowie eine eingeschränkte Mitwirkung der Beschwerdeführerin. Grundsätzlich bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe somit keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, Dr. E.____ habe in der Stellungnahme vom 23. November 2020 nachvollziehbar ausgeführt, dass bei der Beurteilung der Symptome der Beschwerdeführerin in nur einer explorativen Sitzung erhebliche Diskrepanzen entstehen könnten. Symptome, die vom Gutachter explizit als Aggravation und Symptomausweitung beschrieben worden seien, seien bei der Beschwerdeführerin Ausdruck einer sehr chronifizierten dissoziativen Störung, welche auf der Basis von verinnerlichten, nicht verarbeiteten Konflikten entwickelt worden sei. Dadurch habe die Beschwerdeführerin in ihrer persönlichen Entwicklung Verhaltensstereotypen entwickelt, welche Symbolik der Flucht aus der Realität haben könnten. Die Rückschlüsse und Schlussfolgerungen des Gutachtens seien nicht nachvollziehbar und unzutreffend, weshalb diesem kein Beweiswert zukommen könne. Es liege bei der Beschwerdeführerin kein aggravierendes Verhalten und dementsprechend auch

kein Gutachten vor, welches zur Frage der Arbeitsfähigkeit und der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin Stellung nehmen (Urk. 1). 3.

E. 3

Es sei die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

E. 3.1

Laut dem polydisziplinären Gutachten des C.____ vom 25. Februar 2009 bestehen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 8/42/15-16) :

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Status nach operativer Versorgung des rechten Kniegelenkes mit einer unicondylären

Endoprothese am 9. Juli 2007 Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 2. Adipositas permagna (BMI 44 kg/m²) 3. Asthma bronchiale / Differentialdiagnose: COPD anamnestisch 4. Nikotinabusus 5. Diabetes mellitus 6. Verdacht präklinische Hypothyreose 7. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0), Verdeutlichungstendenz, Symptomausweitung

Die orthopädisch klinisch-funktionelle Abklärung habe sich schwierig gestaltet und sei von heftigen Schmerzbekundungen und eindeutigen Verdeutlichungs tendenzen gekennzeichnet gewesen. Während der psychiatrischen Abklärung habe sich die Beschwerdeführerin wie eine körperlich Schwerstbehinderte verhalten. Sie habe sich in einen schlafähnlichen Zustand versetzt und dabei zu erkennen gegeben, dass sie nicht aufgeweckt werden könne. Der Zustand habe nicht einer Bewusstlosigkeit oder einer Depression oder gar einem psychotischen Stupor entsprochen, sondern einer vordergründigen Verdeutlichungstendenz mit Symptomausweitung ohne jeden Krankheitswert. Es sei aber nicht ausschliesslich das absichtliche Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen zu konstatieren, sondern es handle sich um subjektiv wahrgenommene Behinderungen, welche die Beschwerdeführerin beunruhigten und zu einer Symptomausweitung mit entsprechend auffälligen Verhaltensweisen führten (Urk. 8/42/16-17).

Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Putzfrau spätestens sechs Monate nach der am 9. Juli 2007 erfolgten Knieprothesenversorgung rechts wieder zu 100 % her gestellt gewesen sei. Zu vermeiden seien häufiges Treppensteigen sowie Arbeiten, welche kniend oder hockend ausgeübt werden müssten. Darüber hinaus sei eine Arbeitsplatzexposition mit atemwegsreizenden Staub, Rauch, Aerosolen, Dämpfen und Gasen sowie mit Kälte und Nässe zu vermeiden. In einer solchen, der Behinderung angepassten Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 8/42/19-20).

E. 3.2

Laut dem Bericht des Hausarztes D.____ vom 4. Januar 2019 (Urk. 8/56) bestehen bei der Beschwerdeführerin (1.) rezidivierende Synkopen mit allgemeiner Schwäche, ein (2.) panvertebrales Schmerzsyndrom, eine (3.) depressive Stimmung, eine (4.) arterielle Hypertonie, eine (5.) substituierte Hypothyreose so wie ein (6.) Status nach Magenbypass. Der Gesundheitszustand habe sich eindeutig verschlechtert. Seit der Magen-Operation im Jahr 2013 komme es vermehrt zu rezidivierenden Synkopen ohne Prodromi, nun fast täglich. Die Prognose sei eher düster. Die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 3.3

Gemäss dem Bericht der Klinik K.____ vom 4. Februar 2019 (Urk. 8/72 /1-4) bestehen bei der Beschwerdeführerin als Hauptdiagnose dissoziative Anfälle im Rahmen einer chronifizierten Konversionsstörung (ICD-10 F44.5) bei altersentsprechend unauffälligem EEG-Intensiv monitoring vom 7. bis 10. Januar 2019, durchgehendem Sinusrhythmus ohne relevante Pause oder AV-Blockierung im Holter-EKG vom 26. Juni 2018 und unauffälligem Schellong -Test im Juni 2018. Anamnestisch komme es seit ca. 35 Jahren etwa einmal jährlich zu Episoden mit plötzlichem Bewusstseinsverlust. Seit ca. zwei Jahren hätten sich die Episoden gehäuft, seit Sommer 2018 kämen sie alle 2-3 Tage vor. Die Beschwerdeführerin verspüre bei gutem Allgemeinzustand plötzlich ein Unwohlsein im Körper mit allgemeiner Schwäche, worauf hin sie ohnmächtig werde. Nach wenigen Minuten komme sie wieder zu sich und sei danach für den Rest des Tages sehr müde. Während den Episoden bestünden laut den Angaben des Ehemannes ein normaler Muskeltonus, keine relevanten Verkrampfungen, kein Zucken, kein Urin- oder Stuhlverlust und kein Zungenbiss. Die Beschwerdeführerin sei jedoch auch schon gestürzt und habe den Kopf an geschlagen. Die Augen seien meist geschlossen. Während der Hospitalisation hätten zwei solche patiententypischen Ereignisse stattgefunden. Es hätten sich deutliche Hinweise für eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation gefunden. Das erste Anfallereignis sei vor über 30 Jahren im Rahmen der Emigration vom Kosovo in die Schweiz aufgetreten. Die Anfallssymptomatik der letzten 1-2 Jahre gehe einher mit der Arbeitslosigkeit des Ehemannes, dem Tod der Mutter und dem Myokardinfarkt des Sohnes, welcher mit der Beschwerdeführerin in der gleichen Wohnung lebe. Es werde die Durchführung einer psycho- bzw. familientherapeutischen Behandlung empfohlen, sinnvollerweise unter Einbezug des Ehemannes, des ältesten Sohnes und dessen Ehefrau, um die mittlerweile stark dysfunktional und regressionsfördernde Gesamtfamiliensituation in geeigneter Weise berücksichtigen zu können.

E. 3.4

Laut dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. E.____ vom 25. Juli 2019 (Urk. 8/75) bestehen bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), sowie eine chronifizierte dissoziative Störung mit dissoziativen Krampfanfällen (ICD-10 F44.5). Es sei zu einer erheblichen Chronifizierung der Konversionsstörung gekommen. Die Beschwerdeführerin habe eine sehr bescheidene und einfache Persönlichkeitsstruktur. Es bestünden intrapsychische, familiäre und auch weitere soziale Konflikte durch sehr rudimentäres und extremes Vermeidungsverhalten, welches in Form von Konversionssymptomen ausgedrückt werde. Das Vermeidungsverhalten werde auch durch ein enormes Parentifizierungsverhalten des Familiensystems konditioniert. Es sei deshalb von einer schlechten Prognose hinsichtlich der Arbeits- und Funktionsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin sei seit Juni 2018 zu 100 %

krank geschrieben. Sie vermeide gegenwärtig jegliche Entfernung von zu Hause ohne Begleitung ihres Ehemannes. Sobald sie das überwinden könnte, wäre es vorstellbar, dass sie leichte körperliche Tätigkeiten wieder aufnehmen könnte. Im Haushalt erleide die Beschwerdeführerin keine Einschränkungen. Sie wage es jedoch nicht, alleine zu sein, und beanspruche die permanente Präsenz des Ehemannes.

E. 3.5

Laut dem neuropsychologischen Gutachten von I.____ vom 22. Juni 2020 (Urk. 8/106) zeigte die Beschwerdeführerin in der Untersuchung eine nicht-authentische neuropsychologische Symptomdarstellung. In der Analyse der gezeigten Testbefunde auf Gültigkeit und Konsistenz hätten sich Auffälligkeiten und Hinweise auf geringe Leistungsmotivation bzw. gezielte Manipulation der Testergebnisse gezeigt. In sämtlichen durchgeführten Symptomvalidierungstests hätten sich auffällige Resultate gezeigt. Es könne nicht von validen Testbefunden ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin habe in allen Tests weit unter durchschnittliche Leistungen gezeigt. Über gut eineinhalb Stunden habe sie zwar langsam, aber stabil und kooperativ mitgearbeitet. Dann sei eine kurze Pause eingelegt worden, während der die Beschwerdeführerin etwas ausführlicher über ihre Situation berichtet habe. Ohne ersichtliche Vorzeichen sei sie dann vom Stuhl auf den Boden gestürzt und dort für etwa zwei Minuten regungslos liegen geblieben. Danach sei eine Weiterführung der Untersuchung nicht mehr möglich gewesen. Für sich genommen würden die gezeigten Leistungseinbussen einer mittelschweren bis schweren kognitiven Störung entsprechen. Die Ergebnisse sämtlicher Symptomvalidierungstests lägen jedoch deutlich unter den Cut-off-Werten. Aufgrund der auffälligen Beschwerdvalidierung und den auffälligen neuropsychologischen Befunden könnten keine Aussagen über neuropsychologische Funktionseinschränkungen oder deren Schweregrad gemacht werden. Es seien auch keine zuverlässigen Aussagen über die berufliche Funktionalität oder die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin möglich.

E. 3.6

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. H.____ vom 2. Juli 2020 (Urk. 8/107) hätten sich im Rahmen der Untersuchung keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer organischen, einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung gefunden. Die Beschwerdeführerin habe sich in der Untersuchung auffällig verhalten. Es sei eines der vorbeschriebenen Anfallereignisse aufgetreten. Zu Beginn der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin derart ausweichend geantwortet und bei verschiedenen Fragen angegeben, dass sie es nicht wisse, so dass es recht unglaubwürdig gewirkt habe. Die psychiatrische Diagnostik müsse sich ganz wesentlich auf subjektive Angaben der Exploranden stützen. Das bedinge aber, dass die Angaben zuverlässig seien. Neben den anamnestischen Angaben könne auch das Verhalten manipuliert werden. Es gebe fast keine Möglichkeit, davon unabhängig objektive Befunde zu erhalten. Bei der Beschwerdeführerin fänden sich aber insgesamt viele Hinweise für eine starke Aggravation, eine eingeschränkte Mitwirkung und die Demonstration von Einschränkungen, die so nicht bestehen könnten. Insgesamt heisse das, dass sich (wie bereits im Vorgutachten des C.____) viele Hinweise auf eine eingeschränkte Mitwirkung, Aggravation und Widersprüche fänden, sodass keine psychiatrische Diagnose gestellt werden und auch keine Einschränkungen begründet werden könnten.

Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung gebe es keine. Zuverlässige Angaben über den bisherigen Verlauf der Behandlung könnten aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung der Beschwerdeführerin nicht gemacht werden. Immerhin könne aber gesagt werden, dass bisher nie eine teilstationäre oder stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik stattgefunden habe. Über das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin im Alltag seien aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung ebenfalls keine zuverlässigen Angaben möglich. Die bereits im C.____-Gutachten festgehaltenen Diskrepanzen und Widersprüche hätten

sich in der aktuellen Untersuchung wieder gezeigt und sehr eindeutig auch im Rahmen der neuro psychologischen Abklärung. Die geklagten Symptome und Funktions einbussen seien nicht konsistent, die Untersuchungsergebnisse nicht valide oder nachvoll ziehbar. Der behandelnde Psychiater Dr. E. ___ gehe auch von gravierenden psychosozialen Belastungsfaktoren aus und beziehe diese offenbar in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit ein. Auffällig sei in diesem Zusammenhang, dass Dr. E. ___ die Beschwerdeführerin seit dem 13. März (richtig: Februar) 2019 behandle, den Beginn der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit aber auf den 24. Juni 2018 zurückdatiere.

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Psychiatrische Diagnosen könnten nicht gestellt werden und es lasse sich keine Einschränkung begründen. Auch im Haushalt bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht.

E. 3.7

Laut der Stellungnahme von RAD-Arzt PD Dr. J. ___ vom 10. Juli 2020 (Urk. 8/108/7) kann auf das Gutachten von Dr. H. ___ abgestützt werden. Es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in bisheriger und angepasster Tätigkeit auszugehen.

E. 3.8

Dr. E. ___ nahm am 23. November 2020 (Urk. 8/121) Stellung zum Gutachten von Dr. H. ___ . Aufgrund der Gefahr der Rollen- und Auftragskollision als behandelnder Psychiater verzichte er auf die Interpretation von durchgeführten Beobachtungen, nehme jedoch Stellung zu seinen Beobachtungen und Abklärungen. Die Beschwerdeführerin befinde sich bei ihm seit dem 13. Februar 2019 in Behandlung. In der initialen Behandlungsphase habe sie sich in einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen befunden. Die Behandlungstermine habe die Beschwerdeführerin zuverlässig wahrgenommen. Unter antidepressiver Behandlung sei es zu einer leichten Besserung der Antriebs- und Stimmungslage gekommen, welche jedoch je nach Zuspitzung der psychosozialen Faktoren einen fluktuierenden Charakter gezeigt habe. Bei den Symptomen der Beschwerdeführerin sei es unmöglich, nur durch eine explorative Sitzung eine zuverlässige Qualifikation vorzunehmen , was zu erheblichen Diskrepanzen bei der Beurteilung führen könne. Die geschilderten Beschwerden sowie ihre Evaluation in einem therapeutischen Kontext würden sich erheblich von einander unterscheiden, weil es im konkreten Fall um eine komplexe und therapierefraktäre Angelegenheit gehe. Bei Symptomausdruck und Beschwerde wahrnehmung spielten auch die sozio-kulturellen Faktoren sowie das bescheidene Bildungs- und Intelligenzniveau eine grosse Rolle. Die Symptome, welche im Gutachten s-Kontext explizit als Aggravation und Symptomausweitung beschrieben würden, seien Ausdruck einer chronifizierten dissoziativen Störung, welche auf der Basis von verinnerlichten, nicht verarbeiteten Konflikten entwickelt worden seien, wodurch die Beschwerdeführerin in ihrer persönlichen Entwicklung Verhaltensstereotypen entwickelt habe, welche Symbolik der Flucht aus der Realität haben könnten. Die plötzlich auftretenden «Bewusstseinsverluste» würden meistens auftreten, wenn die Beschwerdeführerin Fragen über ihre persönliche Entwicklung, Beziehungen und Konflikte beantworten müsse oder unter Umständen, wo sie gegenwärtig mit variablen psycho-sozialen Stressoren belastet werde. Der Symptomausdruck sei auch sehr mit sozio-kulturellen Faktoren verbunden. Durch die Flucht in die Konversionssymptomatik und Abhängigkeit von ihrem Ehemann habe die

Beschwerdeführerin über längere Zeit versucht, eine Existenznische zu finden, welche durch den beruflichen Ausstieg des Ehemannes erheblich gefährdet worden sei. Des wegen hätten sich dann noch die

Symptome einer anhaltenden Depression entwickelt. Stationäre Therapieangebote lehne die Beschwerdeführerin aufgrund sprachlicher Behinderung ab. Da es sich um eine komplexe und sehr chronifizierte psycho-somatische Konstellation handle, wo die psychischen Symptome und körperliche Beschwerden in einer verstrickten und schwer differenzierbaren Beziehung stünden, sei es schwer, aus einer Fachdisziplin eine zuverlässige Stellungnahme betreffend Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abzugeben. Es werde deshalb eine interdisziplinäre Begutachtung empfohlen.

E. 3.9

RAD-Arzt PD Dr. J. ___ führte am 12. Februar 2021 (Urk. 8/124/3) aus, im Gutachten von Dr. H. ___ sei der Bericht von Dr. E. ___ ausführlich aufgearbeitet und dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit inhaltlich diskutiert worden. Neue medizinische Tatsachen würden nicht vorgebracht. Die zuletzt vorgelegten Einwände von Dr. E. ___ entsprächen einer anderslautenden Beurteilung des versicherungsmedizinisch erstellten, unveränderten Sachverhaltes. Massgeblich für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung sei das Ausmass der funktionellen Limitierungen und Ressourcen, nicht primär die diagnostische Klassifizierung. Die abzuklärende Beschwerdesymptomatik sei einerseits als inkonsistent beobachtet worden, andererseits sei eine objektivierbare medizinische Limitierung auf Basis der vorgebrachten Beschwerden als nicht nachvollziehbar beurteilt worden. Dies könne weiterhin als versicherungsmedizinisch valide beurteilt gelten. 4.

E. 4

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 1.

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 4. Mai 2009 (Urk. 8/48), mit welcher der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin letztmals verneint worden ist, bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2021 (Urk. 2) in

anspruchsrelevanter Weise verändert hat.

E. 4.2

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 1. 7), liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Ausprägungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2 .2.1 S. 287 f. mit Hinweisen). 4. 3

Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121, 9C_899/2014 E. 4.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1). 4. 4

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 4.3; 9C_501/2018 vom 12. März 2019 E. 5.1; 8C_825 /2018 vom 6. März 2019 E. 8.3).

E. 4.5

Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (vgl. E. 1.

E. 5

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). 1.

E. 5.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ vom 2. Juli 2020 (Urk. 8/107)

basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Der begutachtende

Arzt hat sich mit den von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Gutachten ist auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung von I.____ (Urk. 8/106) erstellt worden. Es kommt ihm daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.4).

Wie bereits festgehalten (vgl. E. 1.6) ist in Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen.

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin bringt gegen das Gutachten von Dr. H.____ vor, es ergebe sich aus der Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. E.____, dass das Verhalten der Beschwerdeführerin nicht als Aggravation gewertet werden könne. Dr. E.____ führe nachvollziehbar aus, dass bei der Beurteilung der Symptome der Beschwerdeführerin in nur einer explorativen Sitzung erhebliche Diskrepanzen entstehen könnten. Dem ist entgegenzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin bereits anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 10. Februar 2009 durch den C.____-Gutachter Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie, Verdichtungstendenzen zu erkennen waren, welche laut Einschätzung des Gutachters psychiatrisch als eine Symptomausweitung zu deuten waren. Es bestand eine Diskrepanz zwischen den persönlich berichteten Belastungen und Behinderungen und den objektiven Befunden mit einer übertriebenen Symptomdarstellung in der Untersuchungssituation (Urk. 8/42/39-40). In der interdisziplinären Zusammenfassung hielten die Gutachter des C.____ fest, weder der Umfang noch der Schweregrad der von der Versicherten vorgetragenen Beschwerden sei anhand korrelierender organ-pathologischer Befunde am Bewegungsapparat erklärbar. Der Aspekt, dass die Beschwerdeführerin während der klinisch funktionellen Abklärung in Rückenlage vehement mitgeteilt habe, das rechte Kniegelenk nicht bewegen zu können, müsse als vordergründig aggravierend interpretiert werden. In sitzender Position habe die Beschwerdeführerin das rechte Kniegelenk ohne jede Einschränkung auf 90° beugen und im aufrechten Stand mit 0° eine Neutralstellung des Kniegelenks einnehmen können. Auch der Aspekt, dass sich die Beschwerdeführerin einer Prüfung des Patellasehnenreflexes

rechts vehement widersetzt habe, müsse als Hinweis für ein vordergründiges Verdeutlichungsgedanken interpretiert werden. Zum einen löse ein sanfter Schlag mit dem Reflexhammer auf die Patellasehne auch bei einem vorgeschädigten Knie keine nachvollziehbaren Schmerzen aus, zum anderen sei der Patellasehnenreflex in einem unbeobachtet geglaubten Zustand problemlos auslösbar gewesen (Urk. 8/42/13).

E. 5.3

In der neuropsychologischen Untersuchung durch den Neuropsychologen I.____ vom 19. Juni 2020 ergaben sich diverse Unstimmigkeiten. Das gezeigte intellektuelle Leistungsniveau und auch die gezeigten neuropsychologischen Minderleistungen in sämtlichen durchgeführten Testverfahren hätten deutlich unter jenem gelegen, welches aufgrund biographisch-anamnestischer Angaben zu erwarten gewesen wäre. Die Ergebnisse sämtlicher Symptomvalidierungstests hätten deutlich unter den Cut-off-Werten gelegen. Während gut eineinhalb Stunden habe die Untersuchung problemlos durchgeführt werden können. Anlässlich einer kurzen Pause, während der die Beschwerdeführerin über ihre Anfallsproblematik und den Herzinfarkt ihres Sohnes berichtet habe, sei sie jedoch ohne zuvor ersichtliche Hinweise plötzlich vom Stuhl gestürzt (Urk. 8/106/10).

E. 5.4

In der Untersuchung durch Dr. H.____ vom 17. Dezember 2019 verhielt sich die Beschwerdeführerin ebenfalls auffällig. Es sei während der Untersuchung eines der vorbeschriebenen Anfallsereignisse aufgetreten. Vor allem habe die Beschwerdeführerin aber zu Beginn derart ausweichend geantwortet und auf verschiedene Fragen berichtet, dass sie es nicht wisse, dass es recht unglaubwürdig gewirkt habe. Dieser Eindruck sei erst weniger stark geworden, als die Beschwerdeführerin aufgefordert worden sei, konkrete und detaillierte Angaben zu machen. Es hätten sich viele Hinweise für eine starke Aggravation, eine eingeschränkte Mitwirkung und die Demonstration von Einschränkungen gefunden, welche so nicht bestehen könnten (Urk. 8/107/62-63).

E. 5.5

Insgesamt zeigte die Beschwerdeführerin somit nicht nur in der Untersuchung durch Dr. H.____ ein deutlich aggravierendes Verhalten, sondern sie präsentierte sich in der gleichen Weise auch bereits im Rahmen der Begutachtung durch das C.____ im Jahre 2009 und aktuell in der neuropsychologischen Untersuchung im Jahre 2020. Es fällt in diesem Zusammenhang auch auf, dass die Beschwerdeführerin in den Begutachtungssituationen regelmässig ihre vorübergehenden Bewusstseinsverluste erleidet und diese insbesondere dann auftreten, wenn sie über ihre psychosozialen Belastungssituationen spricht. Es ergibt sich ausserdem auch aus den Berichten bzw. Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. E.____, dass die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu einem wesentlichen Teil auf psychosoziale Ursachen und soziokulturelle Faktoren zurückzuführen ist. Die Beschwerdeführerin wird durch die Arbeitslosigkeit ihres Ehemannes und die damit verbundenen finanziellen Probleme massiv belastet. Der Umstand, dass der Ehemann sich mehrheitlich zu Hause aufhält, hat ausserdem dazu geführt, dass sich die Beschwerdeführerin in eine Abhängigkeit vom Ehemann begeben hat und sich nicht mehr in der Lage fühlt, selbständig das Haus zu verlassen. Sie hat erhebliche Sorgen, weil einer ihrer Söhne einen Herzinfarkt erlitten hat und einer ihrer Enkel eine relativ gravierende Entwicklungsstörung aufweist. Ihr extremes Vermeidungsverhalten – welches in einem wesentlichen Zusammenhang mit sozialen und familiären Konflikten

steht –

wird durch das Familiensystem mit einem enormen Parentifizierungsverhalten gestützt. Die Aufarbeitung dieser Probleme im Rahmen einer stationären Therapie lehnt die Beschwerdeführerin ab.

E. 5.6

Die Inkonsistenzen und auf Aggravation schliessend lassenden Auffälligkeiten sind in einer Vielfalt und Fülle vorhanden, die zum Schluss führen, dass vorliegend effektiv vom Vorliegen eigentlicher Ausschlussgründe im Sinne der Rechtsprechung auszugehen ist. Ausserdem sind die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu einem wesentlichen Teil auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren zurückzuführen. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem

4. Mai 2009 nicht in anspruch srelevanter Weise verändert hat und gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen medizinischen Abklärungen davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin in der bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit weiterhin voll arbeitsfähig ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6 . 6 .1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos und die Partei bedürftig ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). 6 .2

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt (Urk. 3/3). Antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) ist der Beschwerdeführerin deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. 6 .3

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 15. März 2021 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
HurstBrügger

E. 6

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese 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).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 1.

E. 7

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, die eindeutig über die blosser unbewusste Tendenz zur Schmerzvergrößerung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das betreffende Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 1.

E. 8

). 5.

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