

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00574 vom 31. März 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00574](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00574)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00574 du 31 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00574 del 31 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965 und zuletzt tätig als Schwester n hilfe ( Urk. 12/7), meldete sich erstmals am 14. Februar 1995 unter Hinweis auf ein am 26. Dezember 1993 erlittenes Schleudertrauma bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an ( Urk. 12/2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 13. Oktober 1995 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente seit dem 1. Dezember 1994 zu ( Urk. 12/13).

Die zuständige Unfallversicherung sprach der Versicherten mit Verfügung vom 23. November 1998 eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 70 % sowie eine Integritätsentschädigung von 25 % in Höhe von Fr. 24'300.-- zu ( Urk. 12/76/2 ff.).

Im Rahmen der von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionen in den Jahren 1996 ( Urk. 12/17 und Urk. 12/29 ), 1998 ( Urk. 12/40, Urk. 12/49 und Urk. 12/51) und 2003 ( Urk. 12/66 und Urk. 12/68) wurde die Rente unverändert bestätigt. Im Jahr 2006 leitete die IV-Stelle eine erneute Rentenrevision ein ( Urk. 12/73) und holte das polydisziplinäre Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 ein ( Urk. 12/87). Am 6. Juni 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sich bei einem Invaliditätsgrad von neu 72 %

keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben habe und auferlegte ihr eine Schadenminderungspflicht in dem Sinne, sich einer regelmässigen fachpsychiatrischen Therapie zu unterziehen ( Urk. 12/94-95).

In den von Amtes wegen eingeleiteten Revisionen in den Jahren 2009 ( Urk. 12/97, Urk. 12/105) und 2015 ( Urk. 12/110, Urk. 12/126) wurde die Rente jeweils unverändert bestätigt. Im Jahr 2017 leitete die IV-Stelle wiederum eine Rentenrevision ein ( Urk. 12/140), tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 27. März 2018 ein ( Urk. 12/159). Mit Vorbescheid vom 6. Juli 2020 ( Urk. 12/187) stellte die IV-Stelle die Einstellung der IV-Rente in Aussicht, woraufhin die Versicherte am 3. September 2020 Einwand erhob ( Urk. 12/192). Mit Schreiben vom 27. Oktober 2020 forderte die IV-Stelle die Versicherte zur Wahrnehmung der Mitwirkungspflicht im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen auf ( Urk. 12/197) und erteilte am 15. Dezember 2020 Kostengutsprache für Arbeitsvermittlung plus bis zum 3. Juni 2021 ( Urk. 12/205), welche am 16. Juni 2021 bis zum 3. September 2021 verlängert wurde ( Urk. 12/212). Am 19. Juli 2021 wurde die Versicherte erneut zur Wahrnehmung der Mitwirkungspflicht angehalten ( Urk. 12/215). Die IV-Stelle brach die Eingliederungsmassnahmen per 28. Juli 2021 mit der Begründung ab, dass die Versicherte ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei ( Urk. 12/218/2 ). Mit Verfügung vom 27. August 2021 wurde die Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung

folgenden Monats aufgehoben ( Urk. 2).

## **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte am 23. September 2021 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben. In formeller Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Rechtspflege und Bestellung von Rechtsanwalt Markus Bischoff als unentgeltlichen Rechtsbeistand ( Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 24. November 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 11 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 12/1-222), worüber die Beschwerdeführerin am 29. November 2021 in Kenntnis gesetzt wurde.

### **E. 2.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 2.2**

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 Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Bezüglich des Berichts der behandelnden Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_ ist vorab festzuhalten, dass die von den Behandlern erhobenen Befunde weitestgehend unauffällig sind und lediglich bezüglich Affekt festgehalten wurde, dass die Beschwerdeführerin mittelschwer ratlos, mittelschwer deprimiert, mittelschwer hoffnungslos, leicht ängstlich, mittelschwer dysphorisch, leicht gereizt, leicht innerlich unruhig und leicht affektlabil wirke und leicht Verarmungsgefühle habe. Der Antrieb sei leicht antriebsarm und die Befindlichkeit sei abends leicht schlechter (Urk. 3/6 S).

### **E. 2.4.1**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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 Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 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. 2.4.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 2.4.3**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

### **E. 2.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

### **E. 3**

0. Dezember 2019 (Urk. 12/181/10) als affektive Hauptsymptomatik eine chronische mittelschwere bis schwere Depression (ICD-10 F39). Als Nebendiagnosen hielt er folgende fest: - Phobisches Angst- und Vermeidungs-Syndrom mit sozial-phobischen Anteilen (ICD-10 F41.2) - Chronische Schmerzen in Kombination mit einer Schmerzverarbeitungsstörung hauptsächlich im Bereich von Nacken und Wirbelsäule (ICD-10 F45.8) und - mit Vorbehalt, weil nicht-psychiatrisch: nach einem Unfallereignis im Jahr 1993 - Andeutung einer Wesensänderung

Anhand der vorgelegten Symptome, die sich in ihrer Hauptsächlichkeit in Ängsten und stark gedämpftem Affektempfinden, erheblichen Verhaltenseinschränkungen und einer Ich-Pathologie zusammenfassen liessen, sei aus der Summe aller psychiatrisch relevanten Anhaltspunkte allein aus dieser Sicht eine hoch gradige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Die Symptomatik sei in ihrer Schwere nicht mehr per Willensakt und Anstrengung zu überwinden, jedenfalls nicht wesentlich über einen kurzen Augenblick hinaus; ihre Eindringlichkeit sei völlig überwältigend. Und je eher man zudem den Verdacht einer Wesensänderung unterstütze, desto klarer werde damit ausgedrückt, dass einige Veränderungen irreversibel geworden und Verhaltensänderungen in Zukunft nicht mehr erreichbar würden. Dies setze der therapeutischen Veränderbarkeit natürlich Grenzen. Wesensänderungen seien aber unter dem Druck, der – zusammen mit den vielen Einschränkungen – auf einer Person zu Lasten komme, fast zwangsläufig die Folge, dies besonders, wenn ein Verlauf sich schon über Jahre hingezogen habe und die Schmerzen seit über 25 Jahren bestünden. Unter solchen Bedingungen sei die neuronale Struktur des Hirns einer Neuf ormation fast zwingend unter worf en; sie komme auf Dauer nicht ohne «normative» Adaption aus. Ansonsten müsste die Spannung dauernd als solche wahrgenommen werden, und der Druck würde ins U nermessliche steigen. Funktionell sei mit der Justierung eine energie tische Anpassung verbunden, wenn keine andere Form der Minimierung des Druckes mehr möglich sei. Im vorliegenden Fall seien Hinweise von Seiten der Beschwerdeführerin diesbezüglich illustrierend, insofern als sie auf Resignation und beispielsweise die Abnahme der Suizidalität hinwiesen und eine Art Kapitu lation beschrieben; überhaupt schienen die Auflehnung und Kämpfe, welche die Beschwerdeführerin gegenüber früher geführt habe,

etwas nachgelassen und zu einer oberflächlichen Beruhigung geführt zu haben. Doch auch wenn sich die Symptomproduktion verlagert habe und unauffälliger geworden sei, eine Besse rung sei damit nicht angezeigt.

Bei einer mittelgradigen Depression sei der Alltag nicht mehr leicht zu bewäl tigen. Bei der Beschwerdeführerin gebe es Phasen, die ein durch Not erzwungener – subjektiv unerträglich häufig auftretender – verkra mpfter Zustand seien, mehr Flucht als Ruhe, eine Art fruchtloser Verteidigungsversuch, ja fast ein Rückzugs gefecht: Wenn alles zu viel werde, werde jeder Anspruch eine Gefahr. Und im Spiegel ihres Selbst und ihrer Befindlichkeit kämen in diesem Zustand hoher Bedräng nis und äusserster Überforderung auch Autoaggressionen auf, die sich mit Schuldgefühlen gegen sie selber richteten und sehr destruktiv wirkten. Früher hätten solche Auseinandersetzungen nicht selten in gefährliche suizidale Impulse umgeschlagen.

Die Arbeitsfähigkeit stehe aus rein psychiatrischer Perspektive aktuell bei 0 % : Aufgrund des geringen Belastungsniveaus und phasenweiser Zuspitzung der symp tombezogenen Einschränkungen sei auch keine angepasste Tätigkeit zu beschrei ben. Dabei überwiegen Bewegungseinschränkungen und Schmerz er leben, emotionale Instabilität, Anergie, Lethargie, Regression, mangelndes Selbst vertrauen und anderes mehr. Die Einflüsse der einzelnen Symptome auf die Arbeits fähigkeit seien bereits in einem früheren Bericht von 2009 sehr detailliert beschrieben worden; eine Wiederholung derselben erübrige sich hier wegen der weitgehenden Übereinstimmung und der nur unbedeutenden qualitativen Ver schiebungen der in Rede stehenden Krankheitsphänomene seit damals.

### **E. 3.1**

Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs erfolgte anlässlich der Rentenrevision in den Jahren 2006 bis 2008 (vgl. Urk. 12/73 und Urk. 12/94-95). Massgeblicher Vergleichszeitpunkt bildet somit die Mitteilung vom 6. Juni 2008 (Urk. 12/94), was auch seitens der Parteien unbestritten geblieben ist (vgl. E. 1).

Aus medizinischer Sicht lag dieser Mitteilung das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 zugrunde. Die Gutachter notierten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/87/14): - Mittelstark bis stark ausgeprägtes oberes sowie mässig bis mittelstark ausgeprägtes mittleres Cervicalsyndrom

- Mässig ausgeprägte cervicocephale Beschwerden mit insbesondere cervicogenem Schwindel bei: - Zustand nach Halswirbelsäulen(HWS) -Distorsion 26.12.1993 - Mediolaterale Diskushernie C5/6 - Schwere Psychosomatose im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und diversen anderen somatoformen Störungen (ICD-10 F45.1 und F45.4) - Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Andauernde Persönlichkeitsänderung nach länger dauernder Krankheit bei mit grosser Wahrscheinlichkeit vorbestehender, jedoch nicht dekompensierter Psychopathologie (ICD-10 F62.0) - Ehekonflikt (ICD-10

Z63.0)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie (1) einen cystischen Befund retrorectal mit Verdacht auf Dermoidzyste des Ovars gemäss Feinnadelpunktion vom 3. Oktober 2007 und (2) einen internistischen Status im Normbereich.

Aus neurologischer Sicht seien ein mittelstark bis stark ausgeprägtes oberes und mässig bis mittelstark ausgeprägtes mittleres Cervicalsyndrom sowie auch mässig ausgeprägte cervicocephale Beschwerden mit insbesondere cervicogenem

Schwindel festzustellen. Die erwähnten Störungen seien einerseits als Folge der HWS-Distorsion vom 26. Dezember 1993, aber auch einer mediolateralen grossen Diskushernie auf Höhe C5/6 anzusehen. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen liessen sich im Rahmen des Möglichen sowohl in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht objektivieren. Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden ergäben sich keine. Die Diagnose eines schweren mittleren und oberen Cervicalsyndroms stütze sich auf den klinischen Befund mit „stiff neck“, auch bei der sich nicht beobachtet fühlenden Beschwerdeführerin feststellbaren En bloc- Bewegung des Kopfes zusammen mit dem Oberkörper, der starken Beeinträchtigung der Halswirbelsäule mit endständig jeweils bei Angabe von starken Schmerzen beobachtbaren vegetativen Erscheinungen wie einem vermehrten Schwitzen und Erblässen sowie dem massiv erhöhten Tonus der Muskulatur paravertebral cervical und paraskapulär mit in diesem Bereich auch ausgedehnten myogelotischen (verklumpten) Bezirken. Die aus neurologischer Sicht erhobenen Befunde seien weitestgehend vereinbar mit den Befunden der Voruntersucher, so habe auch Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im Jahr 2007 die Beschwerdeführerin in ähnlichem Zustand vorgefunden. Dasselbe gelte auch für das Gutachten der Klinik B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 1996 sowie für den Befundbescrieb der Reha C.\_\_\_\_ ebenfalls aus dem Jahr 1996. Im Vergleich zu den damaligen Abklärungen, welche nur eine Diskusprotrusion auf der Höhe C5/6 zur Darstellung gebracht hätten, zeige eine neue computertomographische Untersuchung der

Halswirbelsäule eine grosse mediolaterale Diskushernie auf derselben Höhe. Diese Zunahme des radiologischen Befundes gehe aber aktuell noch nicht mit einer Zunahme des klinischen Befundes einher. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes stünden im Falle der Beschwerdeführerin nicht zur Verfügung. Ihre Hauptbeeinträchtigung sei durch die Kopfgelenkdysfunktion bedingt, wie sie bereits durch die Gutachter der Klinik B.\_\_\_\_ beschrieben worden seien. Die Diskushernie auf C5/6 sei, solange keine zusätzliche erhebliche radikuläre Reizsymptomatik vorliege, wahrscheinlich nur ein «Nebenbefund».

Aus psychiatrischer Sicht würden die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine somatoforme Störung erfüllt, indem multiple psychosomatische Symptome vorlägen (Herzbeschwerden ohne organischen Befund, Magendarmproblematik, therapieresistente Schmerzproblematik). Es lägen auch erhebliche affektive Probleme vor und die körperlich begründeten Schmerzen würden mit einer durchgehenden, blockierenden depressiven Symptomatik beantwortet. Die lang anhaltende Schmerzproblematik und Depressivität führten bei ihr auch zu einer Persönlichkeitsänderung. Sie sei gegenüber ihrer Umwelt misstrauisch, habe sich sozial zurückgezogen, jegliche Hoffnung aufgegeben und sei nervös. Zudem finde sich eine leichte Denkstörung, indem sie von einem Thema zum anderen springe. Des Weiteren sei ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle und erhebliche Schlafprobleme festzustellen, ein Interessensverlust sowie die Unfähigkeit, sich zu entspannen. Aufgrund der Untersuchungsbefunde bestehe der Verdacht, dass sich möglicherweise schleichend auch eine psychotische Symptomatik entwickelt habe. Sie weise ein operationales Denken auf, sei am körperlich konkreten orientiert und habe eine heftige und starre abwehrende Aggressivität. Sie habe sich vollkommen zurückgezogen und eingeeigelt und sei auch in der Art und Weise mit ihrem Leben umzugehen rigide und starr. Der psychiatrische Gutachter unterstreiche, dass das DSM IV im Gegensatz zum ICD-10 dem Umstand Rechnung trage, dass es bei Patienten zu einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung kommen könne, bei denen gleichzeitig eine somatische Ursache für die Schmerzproblematik bestehe.

Aus internistischer Sicht sei die Diagnose eines cystischen Befundes retrorectal mit Verdacht auf Dermoidzyste des Ovars gemäss Feinnadelpunktion vom 3. Oktober 2007 zu stellen. Der internistische Status sei im Normbereich.

Wegen des mittelstark bis stark ausgeprägten oberen und mässig bis mittelstark ausgeprägten mittleren Cervicalsyndroms mit auch cervicocephalen Beschwerden bestehe bei der Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Schwesternhilfe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Auch aus psychiatrischer Sicht sei sie in ihrem derzeitigen Zustand keinem Arbeitgeber auch nicht teilweise zumutbar. Sie sei derart auf sich selbst bezogen, dass sie sich nicht auf eine einfache Arbeit konzentrieren könne. Sie sei durch ihre Schmerzen, ihre Depressivität und ihre misstrauisch-panikgefärbte Stimmung sehr stark in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit limitiert. Die psychiatrische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gehe soweit, dass sie auch ungeachtet des Vorliegens somatischer Befunde nicht arbeitsfähig wäre. Sie könne sich von ihren Symptomen aus eigenem Willen nicht befreien, ihnen komme eindeutig Krankheitswert zu. Aus psychiatrischer Sicht werde empfohlen, dass sie in einer geschützten Tätigkeit zumindest halbtags arbeiten könne, um eine bessere Tagesstruktur zu bekommen. Diese Empfehlung sei aber gemäss Ansicht des Psychiaters kaum umsetzbar, zumal sie sich mit grosser Wahrscheinlichkeit dagegen weigern werde. Dies nicht zuletzt aufgrund ihrer paranoiden Gefühlseinstellung gegenüber der Umwelt.

In einer angepassten Tätigkeit sei sie aus neurologischer Sicht zu 40 % arbeitsfähig bei frei wählbarem Arbeitsrhythmus. Angepasste Tätigkeiten seien Arbeiten mit möglichst wechselnd sitzend-stehender Körperhaltung ohne Kopfwangshaltung sowie ohne Schultergürtelbelastung. Wegen der zum Teil erheblichen Beschwerden deesazerbation sei sie aber auf einen frei wählbaren Arbeitsrhythmus angewiesen, zumal sie in Phasen, in denen sie unter starken Schmerzen leide, nicht arbeitsfähig sei und die erwähnte Arbeitsleistung nur in Phasen, in denen es ihr besser gehe, erbringen könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe auch für eine derartige Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/87/16 ff.).

### **E. 3.2**

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermaßen:

#### **E. 3.2.1**

Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 27. März 2018. Die Gutachter notierten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/159/53). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie (1) die Angabe eines zervikalen Schmerzsyndroms ohne objektivierenden Anhalt für ein nervales Defizit oder ein konsistentes objektives Vertebrales Syndrom und (2) eine mögliche Benzodiazepin-Abhängigkeit (Low dose dependency, ICD-10 F13.2).

Die Beschwerdeführerin trage anamnestisch internistisch relevant ein epigastrisches Schmerz- und Druckgefühl vor. Aktenkundig fänden sich keine spezifischen Berichte, die internistische Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit benennen würden. Anamnestisch berichtete sie, sie habe in der Vergangenheit bereits mehrfach an Gastritiden gelitten. Im Bericht des Universitätsspitals D.\_\_\_\_, Innere Medizin, vom 9. Januar 2008 werde die Diagnose Dyspepsie genannt. Der hiesige internistische Befund habe zur Anamnese und der Aktenlage korrespondierend einen epigastrischen Druckschmerz gezeigt, der, ohne dass daraus eine eigenständige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten sei, am ehesten als Hinweis auf eine aktuelle Gastritis zu werten sei. Eine gastroenterologische Diagnostik unter hausärztlicher Veranlassung sei zu empfehlen. Die kardiale und pulmonale Befunderhebung vor und nach Belastung sei wie auch der arterielle Gefäßstatus unauffällig (Urk. 12/159/28 f.).

Aus neurologischer Sicht klagte die Beschwerdeführerin über Nackenschmerzen, eine allgemeine körperliche Schwäche, Nervosität und Schlafstörungen. In der hiesigen neurologischen Untersuchung finde sich kein fokales neurologisches Defizit. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule wirke geschont mit Gegenhalten. Ein radikuläres Reizsyndrom habe nicht beobachtet werden können. Ein paravertebraler Hartspann bestehe nicht, es sei die Angabe einer Druckschmerzhaftigkeit der Trapeziusansätze am Hinterhaupt gemacht worden. Die spontane Beweglichkeit der Halswirbelsäule wirke nicht limitiert. Ein konsistentes zervikales Vertebrales Syndrom

sei also nicht vorliegend. Die berichtete Einnahme von Novalgin und Orfen sollte angesichts des hiesigen Befunds kritisch revidiert werden. Auch aktenkundig sei dies bereits empfohlen worden (Dr. A.\_\_\_\_ 11.11.2009). Die Akutversorgung vom 26. Dezember 1993 habe berichtet, dass ein Röntgenaktenkundig keine ossären Läsionen oder eine Listhesis nachgewiesen habe. Dr. E.\_\_\_\_

habe in seinem Schreiben vom 1. Februar 1994 kein objektiviertes nervales Defizit berichtet. Ein CT der HWS vom 8. November 1994 habe eine rotatorische Fehlstellung von C2 um 9 Grad nach links und von C3 um 6 Grad ebenfalls nach links ergeben. Im MRI der HWS vom 12. November 1996 hätten sich jedoch keine Hinweise auf eine durchgemachte posttraumatische diskoligamentäre Läsion bei nebenbefundlich vorliegender leichter Diskusprotrusion auf Höhe C5/6 gezeigt. Im Bericht vom 27. September 2017 berichte der Neurologe Dr. A. \_\_\_ von einer neu aufgetretenen Lumbalgie mit Lumboischialgie rechts. In der aktuellen hiesigen neurologischen Untersuchung fänden sich keine radikulären Reizsyndrome, auch nicht lumbal. Die von der Beschwerdeführerin reklamierten Beschwerden fänden in der hiesigen neurologischen Untersuchung keine ausreichendes objektives Korrelat. Unter Berücksichtigung der Akten dokumente finde sich auch keine hinreichend erklärende strukturelle Läsion, um die angegebenen Beschwerden der Beschwerdeführerin zu erklären. Die aktenkundig erwähnten spinalen Auffälligkeiten repräsentieren alterstypische Befunde ohne eigenständigen Krankheitswert und mit hoher Prävalenz in der Normalbevölkerung (Jensen MC et al. MRI of the lumbar spine in people without back pain. New England Journal of

Medicine, 1994, 331(2):69-73.). Hinzuweisen sei auch darauf, dass der zeitnahe Unfallbericht eine Latenz zwischen Auffahrunfall und Einsetzen zervikaler Beschwerden von einer Stunde dokumentiere, was für ein typisches Kriterium einer allenfalls leichtgradigen Distorsion gelte. Gravierendere Distorsionen zeichnen sich in der Regel durch einen sofortigen Schmerzbeginn aus. In der jetzigen Anamnese gebe die Beschwerdeführerin einen sofortigen Schmerzbeginn an, was

wiederum für inkonsistente Angaben spreche. Das Segment HWK 5 auf 6 sei

als das am häufigsten von degenerativen Bandscheibenalterationen betroffen bekannt und der berichtete Bildbefund sei für sich allein nicht traumatypisch und für sich allein auch nicht krankheitswertig, zumindest nicht die berichteten Beschwerden ohne einen schlüssig korrelierenden objektiven Befund erklärend. Zusammenfassend sei unter Berücksichtigung der Akten dokumente, hiesigen Anamnese und Untersuchung keine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (Urk. 12/159/34 ff.).

Aus psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs- und Freud-/Interessenverlust) nicht vorlägen. Die Beschwerdeführerin beklage eine gelegentliche Reizbarkeit, Zukunftssorgen und leichte Insuffizienzgefühle. Die in den Akten zuletzt 2009 vorbeschriebene depressive Störung könne somit anhand des hiesigen Befundes nicht mehr bestätigt werden. Auch die Angaben zur strukturierten Alltagsgestaltung, die Verhaltensbeobachtung und die seit über einem Jahr beendete psychiatrisch-psychologische Behandlung sprechen gegen eine namhafte depressive Störung. In den Akten werde seit 1994 eine depressive Entwicklung beschrieben, die sich als Reaktion auf die chronischen Schmerzen nach der HWS-Distorsion Ende 1993 entwickelt und im Verlauf zu beruflichen und sozialen Problemen geführt habe. Der hier überschaubare Querschnitt spreche gegen eine rezidivierende depressive Störung, da phasisch verlaufende depressive Episoden nicht abgrenzbar seien. Der angegebene chronische spinale Schmerz könne keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeordnet werden: Im klinischen Eindruck finde sich keine quälende Schmerzbeeinträchtigung. Auch sei kein fehlverarbeiteter seelischer oder psychosozialer

Konflikt herauszuarbeiten, vor dessen Hintergrund sich der chronische Schmerz entwickelt haben könnte. Die definierenden ICD-10-Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei nach diesen diagnostischen Leitlinien ebenfalls nicht zu diagnostizieren, da Schmerzstörungen im Zusammenhang mit einer affektiven Störung (siehe Aktenlage) oder bei Hinweisen auf eine Aggravation (siehe unten) nicht berücksichtigt würden. Auch die in den Akten Daten 1995 angegebene posttraumatische Belastungsstörung sei hier nicht nachvollziehbar. Es seien weder geeignete psychische Traumatisierungen erkennbar (der Auffahrunfall ohne objektive lebensbedrohliche oder katastrophale Verletzungen konstituiere kein psychisches Trauma im Sinne der ICD-10), noch fänden sich typische Beschwerden in den definierenden Symptomgruppen (wie Wiedererleben, Vermeidung, Erregungsniveau), auch seien diese Achsenkriterien nicht aktenkundig berichtet worden. Die Medikamentenanamnese zeige einen über Jahre fortgesetzten, leitlinienwidrigen potenziell suchtsinduzierenden Gebrauch von zwei Benzodiazepinen (Bromazepam und Lorazepam). Der aktenkundige Verlauf und die Angaben der Beschwerdeführerin machten eine Abhängigkeit denkbar (Craving, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, vegetative Entzugssymptome). Benzodiazepine führen unter anderem zu Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Reaktionsvermögens, des Affektes und zu sekundären Schlafstörungen. Es sei somit eine kontrollierte, schrittweise Entgiftung und Entwöhnung angezeigt. Die Mitarbeit der Beschwerdeführerin sei dabei medizinisch gut zumutbar und stehe in ihrem Gesundheitsinteresse. Aus psychiatrischer Sicht bleibe festzuhalten, dass eine von einem Suchtmittelkonsum unabhängige Gesundheitsstörung (wie eine depressive Störung, eine Somatisierungsstörung, eine Persönlichkeitsänderung) nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit abgegrenzt werden könne. Hinzuweisen sei hier

allerdings auf den negativen Benzodiazepinnachweis im Urinscreening, was wie derum die hiesigen Angaben zum Benzodiazepin-Gebrauch in Frage stelle. Darüber hinaus ergäben sich bei der Konsistenzprüfung der Schmerzangaben der Beschwerdeführerin einige Indizien (nach Widder) für eine wenig plausible Präsentation. Die wenig präzise beschriebenen Schmerzen seien nach Art und Lokalisation nicht mit objektiven Befunden in Einklang zu bringen (siehe auch rheumatologisches Gutachten). Es bestehe eine Diskrepanz zwischen überhöhter Beschwerdeschilderung (Schmerzstärke 8 von 10 bei der Untersuchung) und hier fehlender objektiver Beeinträchtigung im klinischen Gesamteindruck. Auch die beschriebenen Alltagsaktivitäten (Haushaltsführung, Reisen, Fahrtüchtigkeit, soziale Aktivitäten) kontrastierten mit dem reklamierten Schmerzausmass. Die Beschwerden lösten beim Gutachter in der Gegenübertragung keine Betroffenheit aus. Durch alle bisherigen Behandlungsmassnahmen seien keine durchgreifenden Besserungen erzielt worden, vielmehr habe sich die Schmerzintensität im Verlauf sogar verschlechtert. Es fänden sich somit einige Indizien für eine bewusstseinsnahe Darbietung von Einschränkung und Beschwerden. Die Hinweise auf die Inkonsistenzen bei der Beschwerdepräsentation und die langjährige Benzodiazepin-Medikation (mit möglicher Abhängigkeit) seien weder im psychiatrischen Vorgutachten (Mai 2008) noch in den aktenkundigen psychiatrischen Befundberichten berücksichtigt worden, was für eine verkürzende Bewertung spreche. Zuletzt spreche die Spiegelbestimmung des als eingenommen angegebenen Surmontils nicht für eine suffiziente Einnahme bzw. Dosierung, sodass hier erhebliche unausgeschöpfte Therapieoptionen bestünden. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Erkrankung sei zusammenfassend nach

dem hiesigen objektiven Befund nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen (Urk. 12/159/42 ff.).

In Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktdaten kämen die Gutachter gemeinsam zu dem Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder zumindest in einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei nicht als namhaft limitiert anzusehen, da für die reklamierten Beschwerden schlüssige objektive Befundkorrelate fehlten. Die Einschätzung der Gutachter weiche offenkundig erheblich von den jahrelangen Vorbewertungen ab und fusse dabei am ehesten auf einer anderen Bewertung eines objektiv eher wenig veränderten Gesundheitszustandes. Die Gutachter hätten hier eher ihre objektiven Befunde und Eindrücke aus der Konsistenzprüfung zugrunde

gelegt, wohingegen in den Vorbewertungen auch der subjektive Beschwerde vortrag erheblich einbezogen worden sei. Ein schwerwiegenes psychisches Störungsbild sei hier nicht nachweisbar und die Medikation (Surmontil) sei angesichts des niedrigen Spiegelsteigerbar, hier bestünden also auch nicht ausgeschöpfte Optionen. Dass entsprechende Compliance-Prüfungen (bzw. Wirksamkeitsprüfungen) im Rahmen der Vorbewertungen ebenfalls erfolgt seien, sei nicht zu erkennen. Auch sei nicht zu erkennen, inwieweit die leistungsfremde Fehlmedikation (auch als Selbstmedikation mit Bezug aus der Heimat berichtet) mit Benzodiazepinen in der bisherigen Bewertung abgegrenzt worden sei (Urk. 12/

159/56).

### **E. 3.2.2**

Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte in seinem Bericht vom 5. Februar 2019, dass sich die Beschwerdeführerin nach notfallmässiger Intervention bei subakuter suizidaler Krise von November 2018 bis April 2019 bei ihm in stützendsupportiver Betreuung befunden habe, da der sonst behandelnde Dr. G. \_\_\_\_, abwesend gewesen sei. Dabei habe sie klinisch-objektiv ausgeprägte depressive Kernsymptome mit verminderter affektiver Modulationsfähigkeit und ausgeprägter Starrheit im Gefühlsausdruck, hohe innerpsychische Spannung, negatives Gedankenkreisen und subjektiv erlebte grosse Hilflosigkeit mit Lebensüberdruß/Todeswunsch durch eine beklagte über dauernde Schmerzsymptomatik mit Limitierung der Anpassungsleistung über das gesamte Spektrum des sozialen Lebens und Erlebens und ausgeprägten Einschränkungen des Alltagsaktivitätsspektrums gezeigt. Das subjektive Narrativ wirke dabei erlebnisbasiert und authentisch, keine Hinweise für Gemachtes. Die krisenhaft Zuspitzung sei initial, neben psychotherapeutischen Strategien der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung mit Seroquel, Zyprexa und Temesta behandelt worden (Urk. 12/183).

### **E. 3.2.3**

Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem von der IV-Stelle eingeholten Bericht vom 20. November 2019 (Urk. 12/177) die Konsultationen vom 9. April und 9. Juli 2018, 9. April, 11. Juni und 17. September 2019 an. Zusammenfassend konstatierte er, dass ein Panvertebralsyndrom und eine Ulnarisneuropathie rechts vorliege. Er habe ein Rezept für eine Ellenbogenstützbandage, Cymbalta 30 mg (eine am Morgen während

einer Woche und dann dazu eine am Abend in der zweiten Woche ) sowie Traumalix -Gel für den Ellenbogen und eine Verordnung für Physiotherapie abgegeben. Zusammenfassend ergäben sich im chronischen Verlauf seit Jahren keine wesentlichen Änderungen, wobei hier die psychischen Aspekte auch eine ebenso wichtige Rolle spiel t en.

#### **E. 3.2.4**

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte in seinem Bericht vom

#### **E. 3.2.5**

Mit Bericht vom 23. November 2020 ergänzte Dr. G.\_\_\_\_ seinen Bericht vom 30. Dezember 2019 dahingehend, dass er die Beschwerdeführerin in der gut achterlichen Einschätzung der Z.\_\_\_\_ nur gerade sehr beiläufig, in ihrem Erleben gar nicht mehr zu erkennen vermöge. Sie sei in ihrer Befindlichkeit nach sei n e m Dafürhalten nicht angemessen wiedergegeben, da die allgemeine Reduktion von Kraft, Lebensfreude, Genussfähigkeit und Selbsteinbringung bei jedem Kontakt ganz leicht feststellbar sei.

Es sei zu bezweifeln, dass mit dem Versuch eine erfolgversprechende Massnahme der Reintegration begonnen werde. Es erscheine praktisch unmöglich, dass sich angesichts der Ausgangslage nennenswerte Erfolge einstellen könnten. Die Gefahr, dass die Beschwerdeführerin bei der Eingliederung eher Schaden nehme und überlastet werde, sei dagegen sehr gross ( Urk. 3/4).

#### **E. 3.2.6**

Am 7. Juni 2021 nahm Dr. G.\_\_\_\_ erneut Stellung und stellte folgende Diagnosen ( Urk. 3/5) : - Gegenwärtig mittelschwere bis schwere Depression (der eher gehemmten Form) mit Chronifizierungstendenzen ICD -10 F39.0 (ICD-10 F32.11) - Überlagerung durch vielfache Belastungen mit deutlichem phobischem Vermeidungsverhalten (ICD-10 F43.22) und - Vegetative Dystonie - Status nach Schleudertrauma und Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.38) - Psychosoziale Belastungen , vor a llem permanente Partnerschaftsprobleme - Gegebenenfalls sei sogar eine beginnende Wesensveränderung, d.h. ein Amotivationssyndrom anzunehmen

Streng genommen lasse sich die Liste erweitern, wenn die Ängste für sich gesondert in den Fokus gehoben würden. Denn hier habe sich in den letzten Jahren ganz allmählich ein weiteres, mit einer Eigendynamik versehenes Gemenge der Belastungen eingestellt. Nicht nur, dass sich die Akzente der Phobie verbreitert hätten, es seien unterdessen existenzielle Ängste und nicht situativ gebundene oder depressionsbezogene freie Ängste sowie eine damit verbundene zunehmende Verunsicherung zu konstatieren. Im Bereich der phobischen Anteile seien die Faktoren Schmerzerwartung und die Furcht vor Schmerzzunahme inzwischen von erheblicher Bedeutung.

Die Beschwerdeführerin gerate angesichts ihrer Befindlichkeit, je nach Auftrag, zu dem sie gedrängt werde, oft und leicht in einen Überforderungszustand unter gesteigerter «Symptomproduktion», der sie nicht nur emotional angreife und destabilisiere, sondern auch auszehre und sie auf Dauer ausser Stande setze, überhaupt Einsätze oder solche mehr als nur stundenweise zu leisten.

Dass sie mit solchen gesundheitlichen Belastungen in der freien Wirtschaft nicht s we rd e halten können, sei den meisten offensichtlich. Das derzeitige Vorgehen sei angesichts der überaus beeinträchtigten Grundbefindlichkeit falsch und potentiell sogar schädlich. Denn

die Arbeitsfähigkeit sei, von flüchtigen Aufhellungen und Lichtblicken abgesehen, d.h. in mittlerem Masse gesehen, derzeit und auch fast durchwegs aus psychiatrischer Perspektive immer noch sehr gering – und sie werde mittels der getroffenen (Eingliederungs-)Massnahmen auch nicht besser werden können. Fazit: Derzeit bestehe keine nennenswerte durchschnittliche Arbeitsfähigkeit über schätzungsweise 10 % .

### **E. 3.2.7**

Vom 28. Juli bis zum 31. August 2021 befand sich die Beschwerdeführerin in der stationären Rehabilitation in den Rehazentren H.\_\_\_\_ in der Klinik I.\_\_\_\_ . Im Austrittsbericht notierten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen ( Urk. 3/6) : - Chronische mittelschwere bis schwere Depression (ICD-10 F39) - Sozial-phobische Anteile (ICD-10 F41.2) - Palpitationen , Erstmanifestation vor ca. drei Jahren - Langzeit-EKG von März 2021: Sinusrhythmus, ventrikuläre Extrasystolen - Chronische Schmerzen in Kombination mit einer Schmerzverarbeitungsstörung, hauptsächlich im Bereich von Nacken und Wirbelsäule (ICD-10 F45.8) - Status nach Unfallereignis im Jahr 1993 - Gemischte Hyperlipidämie

- Hyper-TGL, Hypo-LDL - ohne Behandlung - Verdacht auf Ulnaris -Syndrom und Ganglion im Bereich der distalen Ulna links

Die Beschwerdeführerin habe einen verzögerten Einstieg in das multidisziplinäre Therapieprogramm gefunden, habe aber motiviert daran gearbeitet, Lösungssätze, Entspannungsverfahren und Copingstrategien zu entwickeln. Das Hauptproblem bestehe zu Beginn sowohl in starken Schmerzen als auch in depressiver Stimmung, vermindertem Antrieb und Schlafproblemen.

Pharmakologisch sei die Vormedikation weitergeführt worden. Bei ausgeprägter Depression- und Schmerzsymptomatik hätten sie eine Umstellung auf Duloxetin versucht. Bei starken Nebenwirkungen wie Übelkeit und Bauchschmerzen sei schliesslich Saroten in Dosierung 20 mg eingeleitet worden. Bei der Schlafproblematik sei Quetiapin in täglicher Dosierung von 25 mg täglich begonnen worden. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei Mydocalm abgesetzt worden und bei Schmerzsymptomatik eine Behandlung mit Metamizol 1 g täglich eingeleitet worden. Lokal sei bei starken Schmerzen im Bereich des Handgelenks links Pflaster mit Diclofenac angewandt worden. Bei Durchfall sei Bioflorin und Loperamid verwendet worden.

Im Routine-EKG habe sich eine leicht verkürzte PQ-Zeit gezeigt, sonst keine Auffälligkeiten.

Die Beschwerdeführerin habe von der Struktur des stationären Aufenthaltes profitieren können. Im Anschluss werde sie ihre bisherige ambulante Therapie bei Dr. G.\_\_\_\_ , welche sie als sehr unterstützend und stabilisierend erlebe, weiterführen. Aus therapeutischer Sicht werde im Anschluss zusätzlich der Besuch einer Tagesklinik zur Förderung der Tagesstruktur empfohlen. Sie habe sich diesbezüglich noch unsicher gezeigt. Sie entliessen sie bei stabilem Allgemeinzustand in die gewohnten Verhältnisse.

### **E. 4**

). Des Weiteren ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach der Umstand allein, dass behandelnde Fachärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, nicht Anlass zu weiteren Abklärungen gibt oder das Gutachten in Frage stellen vermögen ; anders würde es sich verhalten, wenn die behandelnden Ärzte

konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die dem ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen er sich nicht befasst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E).

2.2) – was vorliegend allerdings nicht der Fall ist.

#### **E. 4.1**

Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 27. März 2018 (Urk. 12/159) beruht auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst. Die Gutachter haben detaillierte Befunde und die hieraus hervorgehenden diagnostischen Schlüsse erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Gutachten der Z.\_\_\_\_

erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.5).

#### **E. 4.2.1**

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber vor, dass keine konkreten Zeitanlagen für die Dauer der Untersuchung ersichtlich seien

– insbesondere die psychiatrische Untersuchung sei mit maximal 40 Minuten klar zu kurz gewesen, um eine rechtsgenügende psychiatrische Anamnese zu erheben (Urk. 1 S. 8 f.).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob die psychopathologischen Befunde (Urk. 12/159/39 ff.) ebenso ausführlich wie die geklagten Beschwerden und beurteilte gestützt darauf schlüssig und nachvollziehbar die Arbeitsfähigkeit. Inwieweit die Begutachtungsdauer zu falschen Schlüssen oder einer unvollständigen Erhebung der Anamnese, der Symptome oder der Verhaltensfassung geführt hätten, geht aus der Rüge der Beschwerdeführerin nicht hervor.

#### **E. 4.2.2**

Das psychiatrische Teilgutachten sei des Weiteren oberflächlich und ungenügend, was insbesondere aus dem Vergleich mit den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_

hervorgehe.

Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. G.\_\_\_\_ die subjektiv beklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin klarerweise in den Vordergrund rückt und gestützt darauf seine Diagnosen stellt und die Arbeitsfähigkeit einschätzt. Dies ist, mit Blick auf

die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und 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), nicht erstaunlich. Des Weiteren diagnostizierte er psychosoziale Belastungsfaktoren,

insbesondere immer wiederkehrende Partnerschaftsprobleme (E. 3.2. 6), welche letztere aber nicht einleuchten, nachdem die Beschwerdeführerin seit 2012 geschieden ist, mit ihrem Ex-Ehemann keinen Kontakt mehr hat ( Urk. 3/6 S. 2) und seither keinen neuen Partner hat finden können ( Urk. 12/159 S. 38f.).

Überdies hat er allenfalls vorhandene psychosoziale Belastungsfaktoren nicht hinreichend nachvollziehbar bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert. Dies wäre infolge der Rechtsprechung allerdings notwendig gewesen: Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3) .

Es wird weiter bemängelt, dass Dr. J.\_\_\_\_

– im Gegensatz zu Dr. G.\_\_\_\_

–

nicht sämtliche Fragebogen und Checklisten gemäss DSM und ICD geprüft habe und auch das BECK-Depressions-Inventar nicht ausfüllen liess. Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden steht den Gutachtern als Experten allerdings ein weiterer Ermessensspielraum zu. Darüber hinaus ist es nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestiche Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3,

8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Auch der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vermag das Gutachten nicht zu entkräften: Der

Bericht unterscheidet weder zwischen den Befunden und den geklagten Beschwerden, noch äussert er sich zu einer diagnostischen Einschätzung oder allfälligen funktionellen Auswirkungen (vgl. E. 3.2.2 ).

Zusammenfassend vermögen die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.4-3.2.6 und E. 3.2.2 ) das psychiatrische Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

### **E. 4.3**

Die Beschwerdeführerin machte des Weiteren Einwände gegen das neurologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, geltend.

#### **E. 4.3.1**

Sie brachte vor, dass am 13. April 2018 ein MRI erstellt worden, in welchem sich eine Diskusprotrusion C5/6 als auch eine solche von C4/5 gezeigt habe. Daneben sei auch eine Spinalkanalstenosierung bei beiden Segmenten gefunden worden. Das Z.\_\_\_\_ -Gutachten stütze sich auf das MRI aus dem Jahr 1996, in welchem leichtere Befunde erhoben worden seien ( Urk. 1).

Dem ist entgegenzuhalten, dass im Jahr 2007 von Dr. A.\_\_\_\_ bildgebende Befunde erhoben wurden, welche auch im Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2008 einfließen. Sowohl der Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2007 ( Urk. 12/78/6) als auch das Y.\_\_\_\_ -Gutachten wurden vom neurologischen Gutachter berücksichtigt und gewürdigt (vgl.

hierzu Urk. 12/159/46 sowie Urk. 12/159/14 ff.). Die Befunde des CT der HWS vom 2. Februar 2007 (Urk. 12/78/6) und diejenigen des MRI der HWS

vom 13. April 2018 (Urk. 12/177/5) unterscheiden sich darüber hinaus nicht wesentlich. Des Weiteren ist festzuhalten, dass nicht die bildgebenden Befunde, sondern die funktionellen Einschränkungen relevant sind für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – diese hat Prof. Dr. L.\_\_\_\_ ausführlich und genau erhoben (vgl. Urk. 12/159/31 ff.).

#### **E. 4.3.2**

Die Beschwerdeführerin machte des Weiteren geltend, dass Dr. A.\_\_\_\_ einen relevanten Befund erhoben habe als Prof. Dr. L.\_\_\_\_ (Urk. 1). Vorab ist festzuhalten, dass Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. September 2017 (Urk. 12/146) und jenem vom 20. November 2019 (Urk. 12/177) im Wesentlichen unveränderte Befunde erhoben. Prof. Dr. L.\_\_\_\_

führte demgegenüber aus, dass sich kein fokales neurologisches Defizit gefunden habe. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule wirke geschont mit Gegenhalten. Ein radikuläres Reizsyndrom habe nicht beobachtet werden können. Ein paravertebraler Hartspann habe nicht bestanden, es sei die Angabe einer Druckschmerzhaftigkeit der Trapeziusansätze am Hinterhaupt gemacht worden. Die spontane Beweglichkeit der HWS wirke nicht limitiert. Ein konsistentes zervikales Vertebralesyndrom liege nicht vor (Urk. 12/159/34). Dem ist nichts hinzuzufügen.

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten der Z.\_\_\_\_

vom 27. März 2018 die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt und damit beweiskräftig ist (vgl. E. 2.5).

#### **E. 5**

Zu prüfen bleibt, ob ein Revisionsgrund vorliegt.

##### **E. 5.1**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, notierte im neurologischen Teilgutachten des Y.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2008, dass sich anlässlich der Untersuchung eine ausgeprägte Steifhaltung des Halses mit En bloc-Bewegungen des Kopfes zusammen mit dem Oberkörper fänden. Es bestehe ein mittelstark bis stark ausgeprägtes oberes sowie mässig bis mittelstark ausgeprägtes mittleres leicht linksbetontes Cervicalsyndrom. In diesem Rahmen bestünden auch cervicocephale Beschwerden mit insbesondere cervicogen getriggerten Schwindelbeschwerden. Die Angabe starker Schmerzen durch die Beschwerdeführerin sei jeweils von vegetativen Erscheinungen wie einem vermehrten Schwitzen und Erblässen begleitet und entsprechend glaubhaft. Weder während der Anamneseerhebung noch der eingehenden neurologischen/neuroorthopädischen Untersuchung ergäben sich Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden. Zusätzlich zur Beeinträchtigung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule finde sich im Status auch eine massive Tonussteigerung und Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur paracervical sowie paraskapulär mit ausgedehnten myogelotischen Bezirken (verklumpten muskulären Bezirken). Zudem bestünden typische Triggers bei

oberem Cervicalsyndrom, so komme es zu einer Schmerzirradiation nach temporal sowie frontal bei Druck auf die Occipitalis Major-Austrittsstellen (Urk. 12/87/26).

Demgegenüber erhob Prof. Dr. L.\_\_\_\_

unauffällige neurologische Befunde und konstatierte, dass die Beschwerdeführerin den Untersuchungsraum rasch mit flüssigem Gangbild betrete. An- und Auskleiden gelinge ausreichend zügig und selbständig. Spontan werde die Halswirbelsäule gut bewegt. Der Kopf werde spontan frei in alle Richtungen gewandt. Es bestehe eine diskrete Seitneigung des Kopfes nach rechts. Bei Aufforderung zum Schulterblick in beide Richtungen drehe sich die Beschwerdeführerin hierbei mit dem Rumpf mit. Hand- und Fußsohlen seien gut beschwigt. Insgesamt wirke die Beweglichkeit geschont. Das Vornüberbeugen zum Berühren der Hände auf dem Boden sei bis zu einem verbleibenden Finger-Boden-Abstand von 29 cm möglich (Urk. 12/159/31). Entsprechend notierte er, dass die reklamierten Beschwerden in der Untersuchung kein ausreichendes objektives Korrelat fänden (Urk. 12/159/35).

Damit ist aufgrund der veränderten Befunde eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich erstellt, womit ein Revisionsgrund vorliegt.

#### **E. 5.2**

Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin vermag die Angabe der Gutachter der Z.\_\_\_\_, dass am ehesten eine andere Bewertung eines objektiv eher wenig veränderten Gesundheitszustandes vorliege, nicht zu verfangen (vgl. Urk. 12/159/58). Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ gingen dabei davon aus, dass bei den Vorbewertungen auch der subjektive Beschwerdevortrag erheblich einbezogen worden sei (Urk. 12/159/58). Ob dies bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit durch die Y.\_\_\_\_-Gutachter entsprechend war oder nicht, kann allerdings offen bleiben, da sich die objektiven Befunde klar verbessert haben.

#### **E. 5.3**

Da aufgrund der erheblich verbesserten objektiven neurologischen Befunde ein Revisionsgrund überwiegend wahrscheinlich erstellt ist, kann offen bleiben, ob weitere Revisionsgründe oder ein Wiedererwägungsgrund gegeben sind und eine weitere Prüfung diesbezüglich erübrigt sich.

#### **E. 5.4**

Da Dr. J.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneinte, kann auf weitere Ausführungen zum strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden (vgl. E. 2. 4. 3).

#### **E. 5.5**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, dass die Androhung der Aufhebung der Eingliederungsmassnahmen nicht korrekt erfolgt sei und diese vorab noch durchzuführen seien, bevor über die Aufhebung der Rente entschieden werden könne (Urk. 1 S. 15).

Die Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben vom 27. Oktober 2020 aufgefordert, ihrer Mitwirkungspflicht im Rahmen der Eingliederung nachzukommen und die Beschwerdeführerin unterzeichnete am 4. November 2020 eine Bereitschaftserklärung (Urk. 12/197-198). Die Beschwerdegegnerin erteilte am 15. Dezember 2020 Kostengutsprache für Arbeitsvermittlung plus (Urk. 12/205), welche am 16. Juni 2021 bis

zum 3. September 2021 verlängert wurde ( Urk. 12/212). Am 19. Juli 2021 wurde die Versicherte erneut zur Wahrnehmung der Mitwirkungspflicht angehalten und darauf hingewiesen, dass die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass sie trotz gesundheitlicher Probleme in der Lage sei, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen und uneingeschränkt an den Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen ( Urk. 12/215 ). Am 29. Juli 2021 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie einen stationären Aufenthalt in der Klinik I.\_\_\_\_ angefangen habe ( Urk. 12/216), woraufhin die Beschwerdegegnerin die Eingliederungsmassnahmen abbrach (vgl. Urk. 12/218/2 f.).

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin kam die Beschwerdegegnerin ihrer Pflicht zur Eingliederung damit hinreichend nach.

### **E. 5.6**

Zusammenfassend ist die Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 27. März 2018 in der angestammten als auch in jeder vergleichbaren oder zumindest in einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzenden ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht namhaft limitiert ( Urk. 12/159/56 f.). Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

### **E. 6**

.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) erfüllt sind (Urk. 3/8-17, Urk.

### **E. 8**

und Urk. 9/2-9), sind sie jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Ebenso sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtsvertretung (§ 16 Abs. 2 GSVGer ) erfüllt und es ist Rechtsanwalt Markus Bischoff , Zürich, aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Eine Honorarnote wurde nicht eingereicht, womit – wie mit Verfügung 29. November 2021 (Urk. 14 ) mitgeteilt – die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen ist. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses erscheint eine Entschädigung in Höhe von Fr. 2'200.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst, In Bewilligung des Gesuchs vom 23. September 2021 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Markus Bischoff, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Markus Bischoff, Zürich, wird mit Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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