

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00383 vom 23. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00383](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00383)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00383 du 23 novembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00383 del 23 novembre 2007

## Erwägungen

### E. 2

2.1. 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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 ATSG).

2.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.3. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von

erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77, und BGE 131 V 49 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.4.1 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

2.5.1 Bei der Schadenminderungspflicht der versicherten Person handelt es sich um einen allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts (BGE 123 V 233 Erw. 3c, 117 V 278 Erw. 2b, 400, je mit Hinweisen; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Freiburg 1999, S. 57, 551 und 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Diss. Zürich 1995, S. 61).

## E. 2.6

2.6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.6.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 3

3.1.1 Aus den Akten erhellt, dass die Beschwerdeführerin Anfang 1993 (rund ein halbes Jahr nach der Geburt ihrer Tochter) erstmals unter Schwindelbeschwerden gelitten

haben will. Im Frühjahr 2004 kam eine Gangunsicherheit hinzu, was zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 4. März 2004 und zu umfangreichen Abklärungen führte (Urk. 11/22/7). Zu Händen der Winterthur Versicherungen, welche als kollektiver Krankenversicherer für die A.\_\_\_\_ - bei welcher die Beschwerdeführerin als A.\_\_\_\_-Botin im Zustelldienst beschäftigt war - Krankentaggeldleistungen erbrachte, führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Praxis-Assistenzärztin, am 3. Mai 2004 aus, die Beschwerdeführerin leide unter einer Somatisierungsstörung bei depressiver Entwicklung (Urk. 11/7/8). Am 4. August 2004 hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, es habe im März ein psychiatrisches Konsilium und Anfang April 2004 eine fast wöchentliche Psychotherapie bei Dr. med. N.\_\_\_\_ stattgefunden. Aus den neurologischen Abklärungen seien keine Hinweise für eine neurologische Erkrankung hervorgegangen, ein Arbeitsreintegrationsversuch Mitte Mai 2004 sei gescheitert und aus der rheumatologischen Abklärung hätten sich eine Arthralgie der unteren Extremitäten und ein zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom bei Hyperlaxität ergeben (Urk. 11/7/5-6). Dr. M.\_\_\_\_ hielt am 24. August 2004 sodann ein psychosomatisches Beschwerdebild ohne somatisches Korrelat fest (Urk. 11/7/3-4). Am 1. September 2004 führte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, bei welchem eine second opinion eingeholt worden war, aus, es liege ein isoliertes ataktisches Syndrom vor, es beständen indessen keine Hinweise auf Multiple Sklerose oder eine Atrophie (Urk. 11/7/1-2). Aus dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_, Neurologische Klinik und Poliklinik des D.\_\_\_\_, vom 17. November 2004 (Urk. 11/10/10-16) geht die Diagnose einer Stand- und Gangataxie, somatoneurologisch ungeklärt, sowie der dringende Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung und der Status nach Hyperthyreose hervor. Die Prognose sei unter intensiver stationärer Rehabilitation nicht ungünstig, die 100%ige Arbeitsfähigkeit sollte wiedererlangt werden. Dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Neurologische Klinik und Poliklinik, vom 19. November 2004 (Urk. 11/8/4) ist alsdann zu entnehmen, dass eine intensive stationäre Neurorehabilitation angeregt worden sei und dass er an der Diagnose einer Stand- und Gangataxie unklarer Genese festhielt. Aus dem Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ von Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2004 (Urk. 11/15/15-19) geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin dort vom 8. bis zum 29. November 2004 in einer stationären Rehabilitation befunden hatte. Es waren Einzel- und Gruppentherapien im Trockenen und im Wasser sowie Entspannungstherapien vorgenommen worden. Die Diagnose blieb dieselbe wie sie bereits vom D.\_\_\_\_ gestellt worden war. Aus rein rheumatologischer Sicht konnten die Mediziner keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkennen. In Kenntnis dieses Berichtes hielt Dr. B.\_\_\_\_ am 28. Januar 2005 (Urk. 11/10) zur rheumatologischen Diagnose den Verdacht auf eine Somatisierungsstörung bei depressiver Entwicklung fest. Er hoffe auf einen besserungsfähigen Zustand und hielt berufliche Massnahmen als angezeigt. Der Beschwerdeführerin sei keine Tätigkeit in ihrem angestammten Beruf mehr zumutbar, ob eine solche in einer behinderungsangepassten Tätigkeit möglich sei, sei zur Zeit unklar, er hielt sie indessen bei Besserung (des Gesundheitszustands) als möglich.

3.2. Im Verwaltungs- und nun im Beschwerdeverfahren sind zusätzlich folgende medizinischen Beurteilungen von Relevanz:

3.3. Am 28. Juli 2005 diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) und dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4), bestehend seit März 2004. Er erachtete den Gesundheitszustand als besserungsfähig und



Selbsteinschränkung der Beschwerdeführerin nur beschränkt abgestützt werden. Weil die Störung bei ihr jedoch einen erheblichen Krankheitswert aus psychiatrischer Sicht aufweise, werde dem dadurch stattgegeben, dass sie in der angestammten Arbeitstätigkeit, welche durch das Fahren von Fahrzeugen potentiell selbstgefährdend sei, vollständig eingeschränkt sei. Für andere Fähigkeiten sei der Beschwerdeführerin jedoch die Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar, einer solchen nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht wäre grundsätzlich eine intensive psychotherapeutische Behandlung indiziert. Eine solche wäre ihr auch zumutbar. Berufliche Massnahmen seien vor einer Änderung der Einschränkung bzw. der Durchführung einer adäquaten intensiven Psychotherapie nicht vorzuschlagen (Urk. 11/22/15-17).

3.5. Am 26. April 2006 führte Dr. L. zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, mit dem sie bis zu diesem Zeitpunkt drei Gespräche geführt hatte, aus, dass die Diagnose in der psychiatrischen Poliklinik des H. als auch im ABI-Gutachten einheitlich auf dissoziative Belastungsstörung und Panikstörung mit Agoraphobie laute. Diese Diagnose erhellte auch aus dem Bericht der S., wo sich zusätzlich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung finde. Diesen Befunden habe er nichts beizufügen, sie bildeten denn auch die Arbeitshypothese für die Psychotherapie. Bei den vorliegenden Diagnosen sei bekannt, dass ein psychotherapeutischer Zugang schwierig zu finden sei, weil das Erleben dieser Patienten ganz auf die somatischen Symptome fixiert sei, welche den Zugang zu den tiefer liegenden psychischen Inhalten versperre. Anders gesagt stellten die somatischen Symptome für diese Menschen eine Schutzfunktion dar. Damit sei auch festgestellt, dass das Geschehen dem freien Willen entzogen sei. Ob ein psychotherapeutischer Zugang gelinge und in welcher Zeit etwas erreicht werden könne, könne nicht voraus gesagt werden, weil vorerst eine Gesprächstherapie gefunden werden müsse, in welchem sich diese Menschen verstanden fühlten. Erst dann könne sich eine therapeutische Beziehung etablieren, in welcher die tiefer liegenden psychischen Inhalte bearbeitet werden könnten. Der Gutachter Dr. K. fordere eine intensive Psychotherapie (keine fokale Verhaltenstherapie, sondern eine aufdeckende Psychotherapie) und erhoffe dadurch eine Besserung. Zugleich bestärkte er seine vorsichtige Beurteilung mit dem anschliessenden Satz, wonach der prolongierte Verlauf auf eine eher ungünstige Prognose hindeute und befürchtet werden müsse, dass bereits eine Chronifizierung eingetreten sei. Wenn Dr. K. eine aufdeckende Psychotherapie vorschlage, rechne dieser mit einer langen Dauer der Therapie, was sich mit seiner eigenen Erfahrung decke, sofern die Therapie nicht abgebrochen werde. Aufgrund der wenigen Kontakte vermöge er keine fundierten Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu machen. Die Möglichkeiten zur Aktivität schienen stark wechselnd und seitens der Beschwerdeführerin nicht planbar zu sein. Im Gutachten falle Dr. L. ein Widerspruch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf. Einerseits werde die dissoziative Störung mit doch deutlicher Einschränkung festgestellt, und dass Tätigkeiten, die Anforderungen an das Gleichgewichtsgefühl stellten, nicht zumutbar seien. Andererseits halte der Gutachter eine Tätigkeit ohne mögliche Sturzgefahr, am besten überwiegend sitzend, medizinisch-theoretisch ganztag für uneingeschränkt zumutbar. Bei dieser theoretischen Schlussfolgerung sei die Frage nicht gestellt, wo diese Tätigkeit ausgeführt werden solle. Es sei ja festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin Angst habe, das Haus zu verlassen, insbesondere, wenn sie sich nicht in Begleitung befinde. Diese Problematik scheine im Alltag relevant zu sein, weil sich

die Beschwerdeführerin immer durch die Schwester zur Therapie begleiten lasse. Ebenso sei nicht beachtet worden, dass auch die Fähigkeit, innerhalb des Hauses aktiv zu sein, offenbar stark schwanke (Urk. 11/37/7-8).

3.6. Im Arztzeugnis vom 25. Mai 2006 (zu Händen des Rechtsvertreters) erhob Dr. B. die Diagnosen einer Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10: F40.01), einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), Arthralgien und Myalgien unklarer Genese und den Status nach Hyperthyreose 1993. Er realisierte eindrucksmäßig eine verunsicherte Frau. Physisch falle die (anamnestisch sehr unterschiedlich ausgeprägte) Gangunsicherheit mit Schwanken beim Gehen und Stehen auf. Psychisch ständen unter anderem die Angst- und Panikzustände beim Verlassen der gewohnten Umgebung, beim Bewegen im sozialen Raum ohne bekannte nahe stehende Person im Vordergrund. Das führe zu einer fehlenden Eigeninitiative, verbunden mit Schwächezuständen, die sich auch körperlich auswirkten und unter anderem Hausarbeiten etc. minimierten bis verunmöglichlichten. Angesprochen auf die Mängel des ABI-Gutachtens führte der Arzt aus, den Untersuchungen sei nicht viel beizufügen. Erstaunt habe ihn die aus seiner Sicht völlig unrealistische Zusammenfassung. Es werde ausgeführt, dass eine adaptierte Tätigkeit ganzjährig ohne Einschränkung medizinisch-theoretisch auch aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Eine solche Schlussfolgerung überrasche bei einer Frau, die seit Monaten nicht alleine aus dem Haus gehen könne, die nicht einmal fähig sei, die eigenen Hausarbeiten zu leisten, die meistens kaum reisefähig und im Alltag zutiefst eingeschränkt sei. Sie könne sicher nicht in den Arbeitsprozess eingeschleust werden. Dass alles Mögliche an therapeutischen Massnahmen unternommen worden sei und weiterhin unternommen werde, sei selbstverständlich und entspreche dem tiefsten Wunsch der Beschwerdeführerin, wieder einigermaßen normal im Alltag funktionieren zu können (Urk. 11/40).

#### E. 4

4.1. Werden diese Berichte miteinander verglichen, kann festgehalten werden, dass für die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin trotz umfangreicher Abklärungen kein somatisches Korrelat gefunden werden konnte. Aus dieser Sicht besteht denn auch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wie sie zuletzt von Dr. E. festgestellt worden war. Es bleiben somit die psychischen Probleme bestehen, welche die Beschwerdeführerin indessen offenbar nicht wahrhaben will. Diesbezüglich stehen die dissoziativen Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4) im Mittelpunkt, die sowohl von den Gutachern des ABI und den Dres. G., B. und L. festgehalten wurden. Solche Störungen sind gekennzeichnet durch den Verlust oder die Veränderung von Bewegungsfunktionen oder Empfindungen, so dass der Patient körperlich krank wirke, ohne dass eine körperliche Ursache zur Erklärung der Symptome nachweisbar sei. Die Symptome folgten häufig den Vorstellungen des Patienten von einer körperlichen Krankheit, die von physiologischen und anatomischen Gegebenheiten abweichen könnten. Zusätzlich verdeutlichten die Erhebung des psychopathologischen Befundes und der sozialen Situation meist, dass die Behinderung durch den Funktionsverlust dem Patienten helfe, einem unangenehmen seelischen Konflikt zu entgehen oder indirekt Abhängigkeit oder Verstimmung auszudrücken. Obwohl die Probleme oder Konflikte anderen klar sein könnten, verleugne die betroffene Person sie häufig und führe jegliches Leiden auf die Symptome oder die daraus entstehende Behinderung zurück (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] der

Weltgesundheitsorganisation, 5. A., S. 179).

4.2. Hinsichtlich einer allfälligen Panikstörung lässt die Beschwerdeführerin ausführen, Dr. K. erachte die Diagnose einer Panikstörung nur als möglich, was im Widerspruch zum Bericht des H. stehe (Urk. 1 S. 5). Aus den Akten geht eine bestehende Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) aus dem Bericht von Dr. G. vom 25. Juli 2005 hervor. Demgegenüber kommt das ABI-Gutachten zum Schluss, es bestehe ein Status nach möglicher Panikstörung (ICD-10: F41.0). Ebenfalls für eine Panikstörung mit Agoraphobie sprach sich Dr. L. aus, ebenso wie Dr. B. in seinem Arztzeugnis vom 25. Mai 2006. Dass die Gutachter des ABI hinsichtlich einer allenfalls noch bestehenden Panikstörung vorsichtig waren, erstaunt angesichts des Verhaltens der Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung selbst nicht. Während sie bei der neurologischen und der psychiatrischen Untersuchung eine Panikattacke schilderte und diese auf Frühling 2004 terminierte (Urk. 11/22/7 und 10), verneinte sie das Vorliegen von aktuellen Panik- und Angstzuständen am 14. November 2005 zunächst (Urk. 11/22/11), wies indessen auf vorhandene panikartige Zustände hin (Urk. 11/22/13), verneinte indessen wiederum das Vorliegen von Ängsten (Urk. 11/22/14). Ob die Beschwerdeführerin die Panikstörung überwunden hat, ob sie in Kombination mit einer Agoraphobie auftritt oder aufgetreten ist, oder ob sie nach wie vor beseht, spielt indessen schon von daher keine Rolle, weil letztlich die auf dem psychischen Gebiet behandelnden Dres. L. und B. die Diagnose des ABI-Gutachtens nicht in Frage stellen. Sie äussern viel mehr Kritik an den Schlussfolgerungen, welche die Gutachter aus der Diagnose gezogen haben.

4.3. Es ist somit festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin lediglich eine leichte psychische Komorbidität in Form einer dissoziativen Störung der Bewegungsabläufe vorliegt. Die bisherige Behandlung vermochte das Beschwerdebild nicht verbessernd zu beeinflussen, was insbesondere darin begründet liegt, dass die Beschwerdeführerin der von allen Ärzten als notwendig erachteten intensiven Psychotherapie nicht zugänglich ist, indem sie ausführt, sie sei nie in eine Depression geraten (Urk. 11/22/10), und das Vorliegen einer psychiatrischen Grunderkrankung verneint (Urk. 11/22/15). In diesem Zusammenhang ist die Beschwerdeführerin indessen auf die ihr obliegende Schadenminderungspflicht (vgl. Erw. 2.5) aufmerksam zu machen.

4.3.1. Es liegt somit keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor - die gesundheitliche Problematik manifestierte sich erst im März 2004 -, und zudem sind keine chronische körperliche Begleiterkrankungen ersichtlich. Von einem Rückzug in allen Belangen des Lebens kann ebenfalls nicht die Rede sein, immerhin gibt die Beschwerdeführerin an, zwischenmenschliche Kontakte zu pflegen (Urk. 11/22/14 und Urk. 11/22/19), und sie lebt mit ihrer Freundin in einer Partnerschaft zusammen (Urk. 11/22/5). Mithin ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzstörung grundsätzlich bestehen. Davon geht auch Dr. K. aus, der überzeugend dafür hält, der Störung der Beschwerdeführerin werde durch eine vollständige Einschränkung in der angestammten Arbeitstätigkeit stattgegeben, weil diese aufgrund der Unsicherheitsgefühle und der Sturzgefahr beim Gehen und beim Fahren mit Fahrzeugen potentiell selbstgefährdend sei. Indessen sei ihr aus psychiatrischer Sicht die Willensanstrengung zumutbar, eine andere Tätigkeit, welche als körperlich einfach, wenn möglich sitzend, charakterisiert wird, ganztags

auszuüben (Urk. 11/22/16). Der von Dr. B.\_\_\_\_ an dieser Einschätzung geäußerten Kritik ist zunächst entgegenzuhalten, dass der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Zudem stehen seine Ausführungen bezüglich der Bewegungsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin im Widerspruch zu den von ihr anlässlich der gutachterlichen Abklärung geäußerten sozialen Kontakten. Ausserdem ist festzuhalten, dass Dr. L.\_\_\_\_, bei dem die Beschwerdeführerin immerhin drei Gesprächstherapien durchgeführt hatte, nicht die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bemängelte, sondern lediglich Zweifel daran hatte, wie die Beschwerdeführerin an einen Arbeitsplatz verbracht werden könnte, mithin lediglich technische Probleme sah. Mit der Beschwerdegegnerin ist indessen darauf zu halten, dass es organisatorisch durchaus machbar und medizinisch zumutbar ist, die Beschwerdeführerin wohlbehalten zur Arbeitsstelle zu bringen (z.B. Behindertenfahrdienst).

4.3.2.2 Die Kritik der Beschwerdeführerin, das ABI-Gutachten habe sich nicht mit den in der Psychometrie-Untersuchung erhobenen Befunden auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 5), überzeugt nicht. Psychometrie umfasst verschiedene Untersuchungsverfahren zur Messung der funktionalen Beziehung zwischen einzelnen psychometrischen sowie zwischen psychometrischen und nicht-psychometrischen Variablen. Es handelt sich dabei a) um Beziehungen zwischen Reizen und den durch sie hervorgerufenen Erlebnissen, b) um die Beziehungen zwischen körperlichen (physiologischen) Vorgängen und ihren seelischen (psychologischen) Korrelaten (z.B. zwischen einer körperlichen Veränderung und einer emotionalen Reaktion) und c) um die funktionalen Beziehungen der psychometrischen Variablen untereinander, z.B. zwischen der Verlaufszeit eines seelischen Vorgangs und dem Grad der Motivation ([www.medpsych.uni-freiburg.de](http://www.medpsych.uni-freiburg.de)). Nachdem alle Ärzte übereinstimmend eine intensive Psychotherapie als notwendig erachteten, die Beschwerdeführerin einer solchen Therapie offenbar aber (noch) nicht zugänglich ist, erstaunen die Resultate aus der Abklärung des H.\_\_\_\_ nicht. Diese wurden indessen mit der Diagnose der - bereits im Bericht des H.\_\_\_\_ festgehaltenen - dissoziativen Bewegungsstörung vollumfänglich aufgefangen.

4.3.3 Die allgemein gehaltene Kritik der Beschwerdeführerin am ABI-Gutachten bezüglich fehlender Unabhängigkeit und Kundenorientierung (vgl. Urk. 1 S. 6) verfehlt nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2007 in Sachen E., I 994/06, Erw. 3.3).

4.4 Insgesamt ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, indessen von einer seit März 2004 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich einfachen Verweisungstätigkeit auszugehen.

5. Nachdem die Beschwerdeführerin an ihrer letzten Stelle bei der A.\_\_\_\_ ein 100%-Pensum ausgeübt hatte, ist zwischen den Parteien unbestritten geblieben, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Indizien, die zu einer anderen Beurteilung führen würden, finden sich in den Akten nicht.

5.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret

steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so wird das Einkommen der Person nach dem in der Tabelle für die entsprechende Berufsgruppe festgelegten Wert angesetzt. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so wird das Einkommen der Person nach dem in der Tabelle für die entsprechende Berufsgruppe festgelegten Wert angesetzt. Ist kein solches tatsächlich erzielt, so wird das Einkommen der Person nach dem in der Tabelle für die entsprechende Berufsgruppe festgelegten Wert angesetzt.

5.2 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellen zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen ungleich benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellen herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.3 Bei der Berechnung des IV-Grades stellte die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 11/25 und Urk. 11/26) auf ein Valideneinkommen von Fr. 54'000.--, ein Invalideneinkommen von Fr. 48'585.--, basierend auf Tätigkeiten in der Verpackung, Montage oder Kontrolle, aufgrund der LSE 2004, Ausgabe 2005, ab. Einen Abzug aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin, für den Ausbildungsstand sowie die Aufenthaltsbewilligung lehnte sie unter Hinweis darauf, dass für Hilfsarbeiter das Alter nicht relevant, der Ausbildungsstand bei der Qualifikation bereits berücksichtigt sei, bei Ausländern mit C-Bewilligung (für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) keine separate Bewilligung verlangt werde und der Arbeitsweg keinen Abzug begründe, nachdem T. \_\_\_ gut am öffentlichen Verkehr angeschlossen sei, ab (Urk. 2 S. 3 und Urk. 11/26). Es resultiere eine Einkommenseinbusse von Fr. 5'415.--, was einen IV-Grad von 10 % ergebe. Zur Einkommensberechnung liess die Beschwerdeführerin in der Beschwerde keine Ausführungen mehr machen, nachdem ihren Einwendungen in der Einsprache im Einspracheentscheid begegnet worden war.

5.4. Gemäss dem Fragebogen für den Arbeitgeber verdiente die Beschwerdeführerin im Jahr 2003 - in diesem Jahr arbeitete sie mit wenigen krankheitsbedingten Abwesenheiten und leicht erhöhter Arbeitszeit im Gegensatz zum Vorjahr - Fr. 54'850.-- (Urk. 11/9/2 und Urk. 11/9/6). Dieser Lohn ist auch im IK-Auszug ausgewiesen. Auf diesen Lohn ist hinsichtlich der Bemessung des Valideneinkommens abzustellen. Bezüglich des Invalideneinkommens weist die LSE 2004 für Frauen in der Kategorie 4, einfache und repetitive Tätigkeiten, einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 3'893.-- aus, was - hochgerechnet auf die seit 2004 geltende Wochenarbeitszeit von 41,6 - ein Invalideneinkommen von Fr. 48'585.-- ergibt. Daraus resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 6'265.-- bzw. ein IV-Grad von 11,4 %. Die Beschwerdegegnerin legte überzeugend dar, dass im Fall der Beschwerdeführerin kein Leidensabzug angebracht ist. Selbst unter Hochrechnung des Validen- und des Invalideneinkommens auf das Jahr 2007 (Erlass des Einspracheentscheides) und eines maximalen Leidensabzuges, der sich indessen nicht rechtfertigen liesse, hätte die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

6. Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen.

7. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden sie einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

8. Mit Verfügung vom 7. Juni 2007 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 12. März bzw. 10. April 2007 um unentgeltliche Verbeiständung bewilligt und Fürsprecher Frank Goecke, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. In seiner Honorarnote vom 19. Oktober 2007 weist der Rechtsvertreter Aufwendungen im Umfang von acht Stunden und 10 Minuten und Barauslagen von Fr. 148.50 aus. Dieser Aufwand erweist sich als gerechtfertigt. Fürsprecher Frank Goecke ist demzufolge mit Fr. 1'917.25 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Fürsprecher Frank Goecke, Zürich, wird mit Fr. 1'917.25 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

