

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00431 vom 30. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00431

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00431 du 30 septembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00431 del 30 settembre 2008

Erwägungen

E. 3

Heberden-Bouchard-Arthrose

E. 3.1

3. Â Â Â Â Â Â Â Gemäss Unfallmeldung vom 17. Oktober 2002 erlitt die Versicherte am 16. Oktober 2002 einen Auffahrunfall, wobei sie als Mitfahrerin im angefahrenen Fahrzeug sass (Urk. 7/11/113 Ziff. 4-6). Anlässlich der Erstbehandlung vom 17. Oktober 2002 diagnostizierte Dr. med. D. ___, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, eine HWS-Distorsion (Bericht vom 4. November 2002; Urk. 7/11/112 Ziff. 1, Ziff. 5). Es bestehe vom 17. Oktober 2002 an auf unbestimmte Dauer Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/11/112 Ziff. 8).

E. 3.2

Kreisarzt Dr. med. E. ___, Facharzt für Chirurgie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 17. Januar 2003 (Urk. 7/11/95-97) ein HWS-Distorsionstrauma bei vorbestehender minimaler Spondylarthrose. Aufgrund der mutmasslich geringen Krafteinwirkung, bei der vier Mitfahrer nicht verletzt worden seien, sowie dem späten Auftreten der Beschwerden, könne davon ausgegangen werden, dass die erlittenen Verletzungen geringgradiger Natur seien. Dass dem Geschehen eine depressive Komponente zugrunde liege, könne nicht ausgeschlossen werden; Therapievorschlüsse seitens der zugezogenen Neurologin und des Hausarztes seien von der Beschwerdeführerin noch nicht beherzigt worden. Deshalb sei dringend eine antidepressive Behandlung einzuleiten; diese könne sich günstig auf den Schmerzverlauf auswirken. Die vorläufige 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde beibehalten; es sei ein Arbeitsversuch zu vereinbaren (Urk. 7/11/96-97).

E. 3.3

Mit Bericht vom 17. Februar 2003 diagnostizierte Dr. D. ___ ein cranio-zervikales Beschleunigungstrauma mit massivem Zervikalsyndrom (Urk. 7/11/94 Ziff. 1). Unter der konsequenten Einnahme der Antidepressiva sei eine leichte Besserung eingetreten; die Beschwerdeführerin sei weniger traurig. Im Heilungsverlauf spiele die Depression als unfallfremder Faktor mit (Urk. 7/11/94 Ziff. 2). Leider sei der Arbeitsversuch im Rahmen von 30 % vom 9. Februar 2003 gescheitert. Die Beschwerdeführerin habe eine Stunde gearbeitet und sei dann wegen Schwindel wieder nach Hause gegangen. Am 17. Februar 2003 habe sie wieder auf eine volle Arbeitsunfähigkeit gedrängt (Urk. 7/11/94 Ziff. 5).

E. 3.4

Die Ärzte der Rheumaklinik L. ___ (Rheumaklinik), wo sich die Beschwerdeführerin vom 7. bis zum 25. April 2003 stationär aufhielt, stellten mit Bericht vom 28. April 2003

(Urk. 7/11/69-72) folgende Diagnose (Urk. 7/11/96 S. 1):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. (richtig: 16.) Oktober 2002
- cervico-cephale Beschwerden, Vergesslichkeit, kurzzeitige Visusstörung, schwere muskuläre Dysbalance und Schwindel
- ausgeprägte Haltungsinsuffizienz
- arterielle Hypertonie
- depressive Störung, DD: posttraumatische Angststörung
- Adipositas

Bei Eintritt der Beschwerdeführerin sei eine ausgeprägte Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der HWS bei nur leicht limitierter passiver Beweglichkeit aufgefallen. Aufgrund der Anamnese von Flexions-/Extensionstrauma beim erlittenen Auffahrunfall und anschliessendem Auftreten von Kopfschmerzen, Tinnitus, zunehmender Vergesslichkeit und persistierendem Schwindel müsse von einem HWS-Distorsionstrauma ausgegangen werden. Zum Ausschluss einer disko-ligamentären Läsion sei ein MRI durchgeführt worden, welches lediglich Diskoprotusionen gezeigt habe. Wegen persistierenden heftigen Dauer-Kopfschmerzen sei zum Ausschluss eines chronischen Subdural-Hämatoms eine Schädeldigitaltomographie durchgeführt worden, die einen normalen Befund ergeben habe (Urk. 7/11/69). Bei der Untersuchung der Wirbelsäule seien fünf von fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen (Urk. 7/11/71).

Unter den durchgeführten Therapien hätten die Beschwerden um 60 % reduziert werden können. Zum Ausschluss einer ophthalmologischen Ursache der Kopfschmerzen sei zusätzlich ein ophthalmologisches Konsilium durchgeführt worden; es lägen diesbezüglich normale Befunde vor. Die Beschwerdeführerin sei durch eine gedrückte Stimmung aufgefallen. Eine präzise Exploration sei aus sprachlichen Gründen nicht möglich gewesen, man habe ihr jedoch dringend eine psychiatrische Behandlung bei einem albanisch sprechenden Psychiater empfohlen (Urk. 7/11/69). Die Arbeitsfähigkeit betrage bei Austritt 50 % (Urk. 7/11/70).

E. 3.5

Die Beurteilung durch die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik L.____ (Psychiatrische Poliklinik) vom 23. Juni 2003 (Urk. 7/11/55-57) ergab eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit allenfalls leichtgradig depressivem Syndrom und differentialdiagnostisch eine histrionische Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen (Urk. 7/11/56). Es bestehe eine ausgeprägt regressionsfördernde Familienkonstellation, aber kein Anhaltspunkt für eine rezidivierende depressive Störung oder eine posttraumatische Belastungsstörung. Aufgrund des leichtgradig depressiven Syndroms sei allenfalls von einer leichtgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei die ausgeprägt regressionsfördernde Familiensituation, der sekundäre Krankheitsgewinn sowie kulturelle Aspekte wie das Krankheitskonzept eine genauere Beurteilung erschwerten. Die weitere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei durch den Nachversorger vorzunehmen (Urk. 7/11/56).

E. 3.6

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin, führte mit

Bericht vom 3. November 2003 (Urk. 7/11/43-45) aus, die Beschwerdeführerin verfiere über ein im Wesentlichen normales zentrales und peripher-vestibuläres Funktionssystem. Es sei nicht gelungen, die subjektiven Schwindelbeschwerden zu objektivieren. Aufgrund der Anamnese sei denkbar, dass die Genese der Schwindelbeschwerden ausserhalb der ORL-Sphäre liege. Rein aus ORL-ärztlicher Sicht sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig (Urk. 7/11/45).

E. 3.7

Mit Bericht vom 13. Dezember 2003 (Urk. 7/8/3-4) diagnostizierte Dr. Wimmersberger eine seit Oktober 2003 bestehende Depression sowie eine leichte HWS-Distorsion, bestehend seit 16. Oktober 2002. Beide Diagnosen hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/8/3 lit. A). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit 16. Oktober 2002 vollständig arbeitsunfähig (Urk. 7/8/3 lit. B). Beim ehemaligen Arbeitgeber sei zwei Mal ein erfolgloser Arbeitsversuch unternommen worden. Dr. D.____ erachtete einzig eine leichte, abwechslungsreichen Arbeit in einer geschätzten Werkstatt als möglich, wobei neben der psychosomatischen Störung die fehlenden Sprachkenntnisse eine Reintegration erschwerten (Urk. 7/8/4 lit. D).

E. 3.8

Die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik stellten mit Bericht vom 30. Dezember 2003 (Urk. 7/10/1-5) folgende, sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkende Diagnose : Seit Herbst 2002 bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit allenfalls leichtgradig depressivem Syndrom, differentialdiagnostisch histrionische Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen, ausgeprägt regressionsfördernde Familienkonstellation. Es beständen keine Anhaltspunkte für eine rezidivierende depressive Störung oder eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 7/10/1 lit. A). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig und ihre Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (Urk. 7/10/1 lit. C). Aufgrund des leichtgradig depressiven Syndroms sei allenfalls von einer leichtgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei die ausgeprägt regressionsfördernde Familiensituation, der sekundäre Krankheitsgewinn sowie kulturelle Aspekte wie das Krankheitskonzept eine genauere Beurteilung erschwerten (Urk. 7/10/3).

E. 3.9

Mit Bericht vom 3. März 2004 (Urk. 7/12) führten die Ärzte der Poliklinik L.____ aus, es bestehe aus rheumatologischer Sicht seit 26. April 2003 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine langsame Steigerung möglich sein sollte. Limitierend sei die psychiatrische Diagnose. Auf längere Sicht sei die Arbeitsfähigkeit abhängig vom Ansprechen auf die psychiatrische Behandlung. Eine Zuweisung einer anderen Arbeit solle erst nach Einleitung der psychiatrischen Behandlung in Erwägung gezogen werden. Die Durchführung einer Testung der Arbeitsbelastbarkeit sei bei der sich selbst limitierenden depressiven Beschwerdeführerin nicht aussagekräftig, weshalb man darauf verzichtet habe (Urk. 7/12/1 Ziff. 1).

Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (Urk. 7/12/1 lit. A):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. (richtig: 16.) Oktober 2002
- zervikozepale Beschwerden, Vergesslichkeit, kurzzeitige Visusstörung, schwere muskuläre Dysbalance, Schwindel, Tinnitus
- ausgeprägte Haltungsinsuffizienz
- Schmerzverarbeitungsstörung
- depressive Störung, differentialdiagnostisch: posttraumatische Angststörung

In der angestammten Tätigkeit als Packerin sei die Beschwerdeführerin seit 17. Oktober 2002 bis 25. April 2003 zu 100 % und vom 25. April bis 30. April 2003 zu 50 % arbeitsunfähig. Seit 1. Mai 2003 bestehe (fremdattestiert) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/12/2 lit. B). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig und ihre Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (Urk. 7/12/2 lit. C Ziff. 1-2).

Der Gelenkstatus habe eine Finger-Polyarthrose vom Heberden-Typ ergeben. Im Wirbelsäulenstatus seien vier von fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen. Die angegebenen Beschwerden ständen nicht im Verhältnis zum erlittenen Distorsionstrauma; bildgebend seien keine Läsionen der HWS ermittelt worden. Bei deutlich psychischen Veränderungen sei zusätzlich mittels Computertomographie ein chronisches Subdural-Hämatom ausgeschlossen worden. Im Vordergrund stehe eine depressive Störung. Die Beschwerdeführerin könne keinerlei Aktivität im Haushalt übernehmen, verlasse das Haus nur selten und klage über ausgeprägte Morgenmüdigkeit und Antriebslosigkeit. Die somatischen Beschwerden seien bereits chronifiziert und ausgeweitet (Urk. 7/12/3).

E. 3.10

Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, der die Beschwerdeführerin im Auftrag des Krankenversicherers psychiatrisch untersuchte, diagnostizierte mit Bericht vom 1. Juli 2004 (Urk. 3/4) eine mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen (Schwindel, Schmerzen), ICD-10 F32.11. Angesichts der ausgeprägten depressiv-regressiven Symptomatik bestehe weiterhin volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/4 S. 3). Unter **Befund** notierte Dr. G.____, die Beschwerdeführerin sitze schicksalsergeben und bedrückt da, antworte ihrer als Übersetzerin anwesenden Tochter jedoch adäquat und undramatisch. Sie leide hauptsächlich an Schmerzen im Kopf, im Hals und im Nacken, an Schlafstörungen sowie an Lustlosigkeit, Reizbarkeit und Unzufriedenheit. Früher habe sie gern gearbeitet und heute gehe gar nichts mehr (Urk. 3/4 S. 2).

E. 3.11

Dr. med. H.____, Ärztliche Psychotherapeutin, und Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierten mit Bericht vom 1. September 2004 (Urk. 7/15/3-4) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen sowie einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bei Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion. Die Diagnose habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/15/3). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit 16. Oktober 2002 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/15/1 lit. B). Sie wirke müde und erschöpft, ihr formales Denken drehe sich betreffend ihrer schweren

Lebenssituation und ihres Leidens grÄ¼belnd im Kreis. Im Affekt sei sie niedergeschlagen, deprimiert, klagsam, weinerlich. Es lÄ¼gen eine ausgeprÄ¼gte Hoffnungslosigkeit wie auch Schuld- und SchamgefÄ¼hle, sozialer RÄ¼ckzug, SchlafstÄ¼rungen mit AlptrÄ¼umen, Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Antriebsverminderung und passive TodeswÄ¼nsche vor. Eine Verbesserung des psychischen Zustands sei mÄ¼glich, aber ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (Urk. 7/15/4). Es sei weder die bisherige noch eine behinderungsangepasste TÄ¼tigkeit zumutbar (Urk. 7/16/2).

E. 3.12

Nach DurchfÄ¼hrung einer psychiatrischen (Urk. 7/26 S. 9 ff), einer rheu-matologischen (Urk. 7/27/1-3) und einer neurologischen Untersuchung (Urk. 7/27/4-6) gelangten die MEDAS-Gutachter unter BerÄ¼cksichtigung der Akten und der Anamnese (Urk. 7/26 S. 2 ff) mit Bericht vom 27. April 2006 zu folgender Diagnose mit Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (Urk. 7/26 S. 11):

1. mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10)
2. histrionische Verarbeitung eines Bagatelltraumas mit sekundÄ¼rem Krankheitsgewinn (ICD-10 F44.4)

E. 3.13

Ein am 26. September 2006 durchgefÄ¼hrtes MRI ergab eine deutliche foraminale Einengung L5/S1 beidseits im Rahmen der Spondylolisthese LWK5 bei bilateraler Spondylolyse (Urk. 7/48).

E. 3.14

Dr. I. ___ und Dr. H. ___ fÄ¼hrte mit Bericht vom 2. Oktober 2006 (Urk. 7/49) aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin befinde sich seit 23. MÄ¼rz 2004 in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Trotz der antidepressiven Pharmakotherapie und den regelmÄ¼ssigen Ä¼rztlichen GesprÄ¼chen und verhaltenstherapeutischen AnsÄ¼tzen sei das klinische Bild unverÄ¼ndert geblieben. Die BeschwerdefÄ¼hrerin zeige einen antriebsarmen, beinahe katatonen Zustand mit chronischer Schmerzproblematik. Aufgrund der langdauernden depressiven Entwicklung sowie multiplen kÄ¼rperlichen Beschwerden sei der weitere Verlauf schwierig zu beurteilen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine vollstÄ¼ndige ArbeitsunfÄ¼higkeit, wobei keine Verbesserung zu erwarten sei. Im Rahmen der Depression und der somatoformen SchmerzstÄ¼rung mÄ¼sse von einem chronifizierten Krankheitsverlauf ausgegangen werden, so dass mit einer bleibenden ArbeitsunfÄ¼higkeit gerechnet werden mÄ¼sse (Urk. 7/49).

E. 3.15

Dr. D. ___ wies mit Bericht vom 23. September 2006 (Urk. 7/50) darauf hin, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin seit dem Bagatellunfall von 2002 trotz Psycho- und Pharmakotherapie in einer Depression verblieben sei. Sie kÄ¼nne im Haushalt praktisch nichts mehr tun und zeige keine Anteilnahme am tÄ¼glichen Geschehen. ZusÄ¼tzlich zu den psychiatrischen Problemen komme jetzt noch ein lumboradikulÄ¼res Syndrom bei einer Spondylolisthese L5/S1 und die fortgeschrittene Fingerarthrose (Urk. 7/50).

E. 3.16

Auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 21. MÄ¼rz 2007 (Urk. 7/59) fÄ¼hrten die MEDAS-Gutachter mit Stellungnahme vom 11. April 2007 (Urk. 7/59/2-3) aus, der

rheumatologische Konsiliarin postuliere in seinem Gutachten vom 9. Februar 2006 eine den Rücken und die peripheren Gelenke schonende Tätigkeit. Die Tätigkeit als Obstpackerin könne prinzipiell in diesem Sinn verstanden werden. Das Heben und Tragen schwerer Lasten über 20 kg sollte dabei vermieden werden. Es sei weiter wegen der Gesamtsymptomatik eine vorübergehende Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert worden. 100 % seien aktuell nicht attestiert worden, da noch eine depressive Symptomatik bestanden habe. Aus diesem Grund sei auch eine zusätzliche Leistungsminderung von 30 % anerkannt worden. Die Depression sei gut behandelbar. Bei Adaption an die Berufstätigkeit mit Nachlassen der Dekonditionierungseinschränkung sei von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Allerdings bestehe für eine konsequente Therapie einschliesslich Muskelaufbautraining keinerlei Motivation. Theoretisch sei jedoch bei der entsprechenden Kooperation in kurzer Zeit (3 Monate) von einem entsprechenden Leistungsniveau psychophysischer Natur auszugehen. Insofern sei die 30%ige Leistungsminderung zu den 100 % Arbeitsfähigkeit in Beziehung zu setzen. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt betrage 100 %; hier erfolge die Leistungsminderung ebenfalls aufgrund der depressiven Symptomatik. Es gelte das oben Gesagte. Unter Mitarbeit der Beschwerdeführerin und Abbau der Dekonditionierung wäre mittelfristig eine vollständige Leistungsfähigkeit als Hausfrau zu erreichen (Urk. 7/59 2-3).

E. 3.17

Die Ärzte der Rheumaklinik stellten nach Durchführung einer internistischen, einer physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und psychologischen Untersuchung mit Bericht vom 29. Juni 2007 folgende Diagnose (Urk. 7/63/2):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.21)
- zervikobrachiales, teils zervikozepales Schmerzsyndrom (IASP 133.97, ICF b 28010)
- Status nach HWS-Distorsionstrauma 16. Oktober 2002
- Streckhaltung der HWS und degenerative Veränderungen der unteren HWS
- ausgeprägte muskuläre Dysbalance und Haltungsinsuffizienz
- leichte Diskusprotrusion C4-C7
- lumbospondylogenes, intermittierend möglich radikuläres Schmerzsyndrom seit ca. 2005
- Deutlich foraminale Einengung L5/S1 beidseits im Rahmen einer Spondylolisthesis LWK 5 bei bilateraler Spondylolyse
- Adipositas
- arterielle Hypertonie

Die chronisch persistierenden Schmerzen der Beschwerdeführerin seien unbedingt im Gesamtbild des traumatisierenden Autounfalls und ihres isolierenden Fremdseins ohne Integration in der Schweiz, der langjährigen Schmerzstörung ihres Ehemannes sowie des über Jahre alleinverantwortlichen Mutterseins zu sehen. Die pathologische Entwicklung zur ernstzunehmenden Schmerzstörung kompliziere und chronifiziere sich noch einmal mehr durch die aktuelle komorbide schwergradige Depressivität. Die Beschwerdeführerin sei mit ihren Schmerzen in sämtlichen Lebensbereichen - Familie,

Haushalt, Berufsarbeit, Geld - beeinträchtigt und ohne funktionales Coping (Urk. 7/63/2).

Die klinische Untersuchung sei durch das Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin sehr erschwert und nicht präzise beurteilbar. Auffällig seien eine Wirbelsäulenfehlform und eine muskuläre Ineffizienz. Radiologisch habe sich mittels MRI eine ausgeprägte Spondylolisthesis mit deutlicher foraminaler Einengung L5/S1 nachweisen lassen, was mit der beschriebenen Ausstrahlung in das rechte Bein bei möglicher Nervenwurzelkompression vereinbar wäre. Die aktuellen HWS-Aufnahmen zeigten leichte degenerative Veränderungen, die das Ausmass der Beschwerden nicht erklärten. Es scheine infolge des Autounfalles zu einer Schmerzausweitung mit einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten gekommen zu sein. Es lägen keine objektivierbaren somatischen Befunde vor, die die starken Schmerzen und die Einschränkung erklären könnten (Urk. 7/63/2).

Die Schmerzstörung sowie die depressive Stimmung kämen dadurch zum Vorschein, dass der Antrieb vermindert sei und die Beschwerdeführerin ein anhaltendes, einschränkendes Schmerz-Vermeidungsverhalten zeige. Sie sei nur in Begleitung von Familienangehörigen unterwegs, sei sozial abhängig und isoliert. Sie leide an depressiver Verstimmung, sei niedergeschlagen, erscheine den Tränen nahe und weine unkontrolliert. Sie habe deutlich Interesse und Freude verloren und sich von ihrer Familie entfremdet. Es dominierten Wertlosigkeitsgefühle; sie sei psychomotorisch verlangsamt, müde und erschöpft und leide an gestörtem Schlaf mit Alpträumen sowie an Konzentrationsschwierigkeiten. Die Schmerzen und die Depressivität der Beschwerdeführerin machten eine somatoforme Schmerzstörung wahrscheinlicher (Urk. 7/63/7).

E. 4

arterielle Hypertonie

Aus rheumatologischer Sicht ergebe sich rein seitens der Pathologie am Bewegungsapparat keine renteneinschliessende Beeinträchtigung. Somit sei eine dem Leiden angepasste, den Rücken und die peripheren Gelenke schonende Tätigkeit während tages 8 Stunden zumutbar. Die neurologische Untersuchung habe sodann keine Ursachen für die Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin ergeben. Bei fehlenden objektivierbaren neurologischen Auffälligkeiten sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht vermindert (Urk. 7/26 S. 11).

Es bestehe aus objektiver Sicht ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn. Die Familie habe ein komplettes Unterstützungssystem aufgebaut, das die Beschwerdeführerin mit ihrer Passivität, ihren Leidensäusserungen und ihrer fehlenden Motivation, etwas an dieser Situation zu verändern, zementiere. Sie erlebe sich subjektiv als schwer kranke, durch den Unfall geschädigte Frau, die zu keinerlei Verantwortlichkeit im Alltag und im Berufsleben mehr fähig sei. Inzwischen habe sich neben dieser Fehlverarbeitung des Bagatellunfalls auch ein mittelgradiges depressives Syndrom manifestiert. Die Beschwerdeführerin wirke aus psychiatrischer Sicht gequält, wobei eine echte Agitation nicht nachweisbar sei. Auch der depressiv verstimmte Affekt mit Gräbelzwang und Schlafstörung weise auf dieses Krankheitsbild hin. Hinzu kämen Antriebslosigkeit, Passivität, Unkonzentriertheit und psychomotorische Verlangsamung (Urk. 7/26 S. 13).

Dem subjektiv schweren Krankheitsverständnis stehe die objektive gutachterliche Sicht gegenüber. Die stufenweise Wiederaufnahme einer adaptierten leidensgerechten Tätigkeit in einer geschützten Umgebung könnte das psychische Krankheitsbild verbessern. Beim jetzigen Verlauf sei eine zunehmende Regression mit progredienter Hilflosigkeit und Passivität vorherzusehen. Den Aktivierungsbemühungen ständen jedoch die völlig fehlende Eigenmotivation der Beschwerdeführerin und der deutliche Krankheitsgewinn im familiären Verbund entgegen (Urk. 7/26 S. 13).

Für die angestammte Tätigkeit als Packerin in einer Obstverarbeitungsfirma sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig. Aufgrund der depressiven Symptomatik bestehe noch eine Leistungsminderung von 30 %. Durch Adaption wäre eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer 100%igen Leistungsfähigkeit zu erreichen. Die Einschätzung sei rein theoretisch; es bestehe keinerlei Motivation, die Arbeit wieder aufzunehmen, ferner werde die Beschwerdeführerin in ihrer Familie als chronisch krank betrachtet. Für die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter sei sie theoretisch zu 100 % einsetzbar, wobei auch hier die genannten Einschränkungen galten (Urk. 7/26 S. 13).

E. 4.1

Den zeitnah zum Unfallereignis vom 16. Oktober 2002 erstellten Arztberichten (Urk. 7/11/113; Urk. 7/11/95-97; Urk. 7/11/94) sind - da es sich um Arztberichte zuhanden der Unfallversicherung handelt - nur Angaben zur vorerst geringen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Obstpackerin zu entnehmen (vgl. Urk. 7/11/112 Ziff. 8; Urk. 7/11/96-97; Urk. 7/11/94 Ziff. 5). Gemäss dem Bericht der Ärzte der Rheumaklinik bestand sodann bei Austritt am 25. April 2003 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/11/70), wobei davon auszugehen ist, dass es sich ebenfalls um die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit handelte. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades ist jedoch auch entscheidend, welche behinderungsangepassten Tätigkeiten in welchem Pensum noch zumutbar sind.

E. 4.2

Diesbezüglich ist auch der Bericht der Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik vom 23. Juni 2003 (Urk. 7/11/55-57) nicht aufschlussreich: Zwar sei aufgrund des leichtgradig depressiven Syndroms allenfalls von einer geringen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, aber die genaue Beurteilung werde durch die ausgeprägte regressionsfördernde Familiensituation, den sekundären Krankengewinn und kulturelle Aspekte erschwert. Für die weitere Beurteilung wurde auf den Nachversorger verwiesen (Urk. 7/11/56). Eine konkrete Beurteilung der angestammten und der angepassten Arbeitsfähigkeit wurde somit nicht vorgenommen, desgleichen im (annähernd wortwörtlich wiederverwendeten) Bericht vom 30. Dezember 2003 (Urk. 7/10/1-5, vgl. Urk. 7/10/3).

E. 4.3

Dr. F. ___ ging mit Bericht vom 3. November 2003 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus ORL-ärztlicher Sicht aus (Urk. 7/11/45). Da dabei jedoch nicht die gesamte gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin beurteilt wurde, kann auf diese Einschätzung nicht allein abgestellt werden.

E. 4.4

Der behandelnde Hausarzt Dr. D.____ hielt die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit seit 16. Oktober 2002 für vollständig arbeitsunfähig. Einzig eine leichte, abwechslungsreiche Tätigkeit in einer gesch tzten Werkstatt sei möglich (Bericht vom 13. Dezember 2002; Urk. 7/8/3 lit. B; Urk. 7/8/4 lit. D), wobei Dr. D.____ das zumutbare Pensum offen liess und nicht begründete, weshalb keine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich sei.

E. 4.5

Gemäss Bericht vom 3. März 2004 (Urk. 7/12) erachteten die Ärzte der Poliklinik die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht als seit dem 26. April 2003 zu 50 % arbeitsunfähig, wobei eine langsame Steigerung möglich sei (Urk. 7/12/1 Ziff. 1). Gleichzeitig wurde auf den limitierenden Faktor der psychiatrischen Diagnose und den Umstand, dass eine Zuweisung einer anderen Arbeit erst nach Einleitung einer entsprechenden Behandlung in Erwägung gezogen werden sollte, hingewiesen (Urk. 7/12/1). In der angestammten Tätigkeit als Packerin sei die Beschwerdeführerin seit 17. Oktober 2002 bis 25. April 2003 zu 100 % und vom 25. April bis 30. April 2003 zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 7/12/2 lit. B). Offen gelassen wurde, wie es sich mit der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Arbeit verhält, wobei auch diese Einschätzung aufgrund der Fachrichtung der beurteilenden Ärzte nur die rheumatologischen Einschränkungen aufzeigen könnte.

E. 4.6

Dr. G.____ hielt die Beschwerdeführerin mit Bericht vom 1. Juli 2004 (Urk. 3/4) für vollständig arbeitsunfähig, wobei keine Unterscheidung zwischen angestammter und behinderungsangepasster Arbeit getroffen wurde (Urk. 3/4 S. 3). Insbesondere kann aber auf diese Einschätzung nicht abgestellt werden, weil Dr. G.____ im Rahmen des Befundes lediglich die Untersuchungssituation beschrieb und die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin übernahm (vgl. Urk. 3/4 S. 2): So sitze die Beschwerdeführerin schicksalsergeben und bedrückt da; sie leide hauptsächlich an Kopf-, Hals- und Nackenschmerzen, an Schlafstörungen sowie an Lustlosigkeit, Reizbarkeit und Unzufriedenheit. Früher habe sie gern gearbeitet und heute gehe gar nichts mehr. Dieser Bericht vermag den praxisgem ssen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.4) nicht zu genügen.

E. 4.7

Dr. H.____ und Dr. I.____ hielten weder die bisherige noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit für zumutbar. Eine Verbesserung des psychischen Zustands sei möglich, aber ohne Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 1. September 2004; Urk. 7/15/4; Urk. 7/16/2). Insbesondere letzteres ist nicht nachvollziehbar und wurde nicht näher erläutert. Zudem führten Dr. H.____ und Dr. Beringer zwei Jahre später aus, es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei keine Verbesserung zu erwarten sei (Bericht vom 2. Oktober 2006; Urk. 7/49). Angesichts der Behandlungsbem hungen mit antidepressiver Pharmakotherapie (im Februar 2006 nannte die Beschwerdeführerin eine tägliche - beachtliche - Medikation von Zyprexa, Zolofit und Remeron sowie bei Bedarf Temesta; vgl. Urk. 7/27/4), regelmässigen ärztlichen Gesprächen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen (vgl. Urk. 7/49) stellt sich aber die Frage, weshalb keinerlei Verbesserung erreicht werden konnte. Auch dies wird nicht erklärt. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit

bedürfte aber angesichts der von Dr. H. ___ und Dr. Beringer genannten Diagnose einer genaueren Begründung.

E. 4.8

Dem Bericht der Ärzte der Rheumaklinik vom 29. Juni 2007 (Urk. 7/63/2) fehlt es an einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb für die hier interessierende Frage nach der Restarbeitsfähigkeit in der angestammten wie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht entscheidend darauf abgestellt werden kann.

E. 4.9

Das MEDAS-Gutachten vom 27. April 2006 (Urk. 7/26) erging in Kenntnis der Vorakten (Anamnese), berücksichtigte die geklagten Beschwerden und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Es ist sodann auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und nachvollziehbar und vermag somit den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.4) zu genügen. Insbesondere wurde darin auf den aus objektiver Sicht ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen, wonach die Familie der Beschwerdeführerin ein komplettes Unterstützungssystem aufgebaut habe, welches die Haltung der Beschwerdeführerin zementiere (vgl. Urk. 7/26 S. 13). Dies steht in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik, wonach eine ausgeprägt regressionsfördernde Familienkonstellation und ein sekundärer Krankheitsgewinn bestehe (vgl. Urk. 7/11/56, Urk. 7/10/1 lit. A). Weiter liege weder aus rheumatologischer noch aus neurologischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/26 S. 11).

Damit steht die Beobachtung der Ärzte der Rheumaklinik in Einklang, wonach keine objektivierbaren, die starken Schmerzen und die Einschränkung erklärende somatische Befunde vorliegen (Urk. 7/63/2). An der Poliklinik am Universitätsspital Zürich wurden im Wirbelsäulenstatus zudem vier von fünf Waddell-Zeichen positiv festgestellt (vgl. Bericht vom 3. März 2004; Urk. 7/12/3). Der MEDAS-Gutachter Dr. J. ___ wies zudem darauf hin, dass trotz der langjährigen, ausgedehnten Weichteil-Druckdolenzen der ganzen rechten Körperseite keine Inaktivitäts-Atrophie der rechten Extremitäten vorliege (vgl. Urk. 7/27 S. 3).

Angesichts dieser Feststellungen, der objektivierbaren Diagnosen (vgl. Urk. 7/26 S. 11) und des Umstands, dass die Gutachter hinsichtlich der depressiven Symptomatik eine Adaption für möglich hielten (vgl. Urk. 7/26 S. 13), ist die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 70 % bis im besten Fall 100 % nachvollziehbar. Eine Anpassung bezüglich der psychischen Symptomatik erscheint auch infolge der Schadenminderungspflicht als zumutbar. Da die angestammte Arbeit als Obstpackerin, bei der es sich um eine leichte Tätigkeit handelt (vgl. Urk. 7/11/98-99; Urk. 7/9/4-5), gleichzeitig als behinderungsangepasst beurteilt wurde (Urk. 7/59/2), kann schlussendlich offen bleiben, ob die Restarbeitsfähigkeit 70, 80 oder 100 % beträgt: Selbst wenn man zugunsten der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 70 % ausginge, resultierte bei einem demzufolge vorzunehmenden Prozentvergleich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Verneinung eines Rentenanspruches der Beschwerdeführerin über den 30. November 2003 hinaus als rechtens erweist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5.2 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, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.3 Mit Honorarnote vom 1. September 2008 (Urk. 10/1-2) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 8 Stunden und 30 Minuten geltend. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) sowie beim massgeblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- (inkl. MWSt) wird Rechtsanwalt Peter Bolzli, Zürich, mit Fr. 1'904.45 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Das Gericht 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.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Peter Bolzli, Zürich, wird mit Fr. 1'904.45 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Peter Bolzli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung 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

Vertreter zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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