

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00646 vom 4. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00646](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00646)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00646 du 4 février 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00646 del 4 febbraio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 14. Mai 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

1.2 Tritt die Verwaltung auf eine Neuanschuldung (Art. 87 Abs. 4 IVV) ein, hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Nach der Rechtsprechung hat sie in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall (Art. 17 ATSG) vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfpflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 64 Erw. 2 S. 66, 117 V 198 Erw. 3a).

1.3 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).

1.4. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

## 2. In der Sache

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom 8. April 2004 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist und ob ihr infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung zusteht.

2.2. Die Beschwerdegegnerin führte aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit August 2003 in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei. In der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit bestehe noch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 19 %, weshalb kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2). Im Übrigen sei von einer stationären psychiatrischen Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten (Urk. 9 S. 2).

2.3. Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, sie sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 5 Mitte). Gemäss den Erfahrungswerten der Psychiatrie liege die aus einer mittelschweren Depression resultierende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei 60 %, was heisse, dass die Betroffenen nur noch maximal drei Stunden täglich arbeiten könnten. Dies betreffe alle Arbeitsbereiche, da nicht die Bedingungen am Arbeitsplatz selber, sondern die psychische Störung der limitierende Faktor sei. Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen führten zu einer Zunahme der Fehlerhäufigkeit beim Arbeiten und damit zu einer qualitativen Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Diese liege bei erheblichen Schmerzzuständen, wie sie bei der Beschwerdeführerin beständen, erfahrungsgemäss bei mindestens 20 % (Urk. 1 S. 12 oben). Demnach ergebe sich aus den psychischen Diagnosen, wie sie in den Berichten der Rehaklinik B., des Universitätsspitals sowie des A. genannt worden seien, eine gesamthafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 %, womit die tägliche Arbeitszeit bei lediglich zwei bis zweieinhalb Stunden liege (Urk. 1 S. 12 Mitte). Bei der durch die Ärzte des A. attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit handle es sich um eine ungewisse Einschätzung, welche den genannten Erfahrungswerten der Psychiatrie widerspreche. Eine solche Annahme sei willkürlich (Urk. 1 S. 13 Ziff. 13). Aufgrund ihrer psychischen Leiden mit Krankheitswert sei sie sowohl in der bisherigen wie auch in jeder anderen Tätigkeit voll arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 13 Ziff. 15).

## 3. In der Sache

3.1. Der ursprünglichen, rechtskräftigen Verfügung vom 8. April 2004 (Urk. 10/33) lagen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde.

Im Austrittsbericht der Rehaklinik B. vom 10. Oktober 2003 (Urk. 10/9/9-11 = Urk. 10/8/11-13 = Urk. 10/11/5-7 = Urk. 10/63/11 und Urk. 10/63/6-7), wo sich die Beschwerdeführerin vom 20. August bis 12. September 2003 stationär aufhielt, nannten

Dr. med. C.\_\_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, folgende Diagnose (Urk. 10/9/9):

- Malleolarfraktur Typ Weber B vom 23. Januar 2002:

- initial konservative Therapie mittels Gipsruhigstellung

- 22. November 2002 Osteotomie medialer Malleolus, Entfernung osteochondrales Flake, Pridi-Bohrungen, Osteosynthese medialer Malleolus rechts bei Osteochondrosis dissecans Talus medialis rechts

-

#### E. 4

4.1 In der Zeit nach dem rechtskräftigen Entscheid vom Januar 2004 finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte:

In ihrem Bericht vom 26. Juli 2004 (Urk. 10/48/1) führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Bericht vom 18. November 2003 verschlechtert habe. Das Schmerzsyndrom beziehungsweise die anhaltende somatoforme Schmerzstörung hätten sich ausgeweitet. Eine Physiotherapie sei zwar erfolgt, habe aber keinen Erfolg gezeigt. Die Beschwerdeführerin benütze nach wie vor zwei Stütze zum Gehen und werde aktuell auch durch Dr. K.\_\_\_\_ psychiatrisch betreut. Weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/48/1).

4.2 In seinem Schreiben vom 15. Oktober 2004 (Urk. 10/57 = Urk. 10/63/8-9 = Urk. 10/67) nannte Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumakrankheiten, folgende Diagnosen (Urk. 10/57/1):

- sekundäre Fibromyalgie mit Schmerzen vor allem in den Rumpfpartien und Extremitäten der rechten Seite

- somatoforme Schmerzstörung und Depression

Es sei nicht eindeutig zu sagen, in welchen Strukturen die primäre Nozizeption stattgefunden habe. Wahrscheinlich seien es im Beinbereich traumatisierte Muskeln und im Armbereich rechts Überbelastungen der Muskulatur. Dies sei aber auch nicht mehr wichtig, da sich seither enorme Chronifizierungsphänomene gebildet hätten, die sich in diffusen allodynschen Zuständen äusserten. Das Ganze sehe aus wie eine starke, hauptsächlich auf die rechte Körperseite beschränkte Fibromyalgie. Diese Affektion sei mit den heutigen Mitteln der Medizin nicht behandelbar. Deshalb sollten alle Abklärungen und alle Therapieversuche definitiv eingestellt werden, mit Ausnahme einer medikamentösen Behandlung - wobei er zu einer hochdosierten systemischen Opiattherapie übergehen würde - und allenfalls von Eigenaktivität (Urk. 10/57/2).

4.3 In ihrem schmerzmedizinischen Konsil vom 31. Januar 2005 (Urk. 10/63/15-16) führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin, Institut für Anästhesiologie, Kantonsspital N.\_\_\_\_ (N.\_\_\_\_), aus, die Beschwerdeführerin sei offensichtlich in einem stark schmerzreduzierten Allgemeinzustand sowie in adäquatem Ernährungszustand. Hier habe eindeutig eine enorme Ausdehnung und Chronifizierung der Schmerzproblematik nach der Malleolarfraktur vor zwei Jahren stattgefunden. Die Schmerzen seien für die Beschwerdeführerin real und würden einen enormen Leidensdruck beinhalten, dem man zur Zeit nur mit einer adäquaten Schmerztherapie begegnen könne (Urk. 10/63/15).

In ihrem Bericht vom 21. Februar 2005 (Urk. 10/63/10) führte Dr. M.\_\_\_\_ aus, gemäß Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin habe diese durch die Opiatmedikation überhaupt keine Schmerzreduktion erfahren, der Ganzkörpererschmerz würde sich im Gegenteil immer weiter ausdehnen und intensivieren. Da durch das fix verabreichte stark wirksame Opiat in Kombination mit Paracetamol noch nicht einmal eine leichte Schmerzreduktion habe erreicht werden können, sei eine weitere Steigerung der Opiatdosis wenig sinnvoll. Dr. Castelmur habe ihr bereits berichtet, dass bei der Beschwerdeführerin mit keinem der bis anhin verabreichten Medikamente auch nur eine geringe Besserung habe erzielt werden können (Urk. 10/63/10).

4.4 In seinem Schreiben vom 24. Mai 2005 (Urk. 10/63/2) führte Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, er betreue die Beschwerdeführerin seit einem Jahr, wobei seine bisherigen Bemühungen leider ohne Erfolg geblieben seien. Des Weiteren spitze sich die häusliche Situation zu, da die Familie zu dekompensieren beginne (Urk. 10/63/2).

4.5 Am 11. Juni 2007 erstatteten Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, und Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, A.\_\_\_\_, ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 10/79 S. 1-26). Darin nannten sie als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (Urk. 10/79 S. 21 Ziff. 4). Zusätzlich nannten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/79 S. 21 Ziff. 4):

- chronisches generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit Akzentuierung eines lumbospondylogenen und zervikospondylogenen bis zervikozephalen Schmerzsyndroms mit/bei:
  - beginnender Osteochondrose L5/S1
  - Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, muskulärer Dysbalance
  - Status nach primär konsekutiv behandelter Malleolarfraktur Typ Weber B rechts am 23. Januar 2002 mit/bei:
    - Status nach operativer Entfernung einer Osteochondrosis dissecans über dem Talus medialis rechts
    - Status nach Osteotomie am 22. November 2002
    - Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung am 4. März 2003
  - postoperative Schmerzausdehnung ohne adäquates organisches Korrelat
  - Adipositas Grad II

Die Beschwerdeführerin habe sich am 23. Januar 2002 eine Malleolarfraktur rechts Typ Weber B zugezogen. Hieraus habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit resultiert. Zwischen dem 2. September 2002 und dem 13. Oktober 2002 habe sie einen Arbeitsversuch zu 100 % durchgeführt, welcher gescheitert sei (Urk. 10/79/7). Die Beschwerdeführerin habe zuletzt in einer temporären Anstellung als vollzeiterwerbstätige Produktionsmitarbeiterin von Bilderrahmen gearbeitet. Im Rahmen dieser Tätigkeit habe sie Bilderrahmen zusammensetzen, die Rückwand und das Glas einsetzen sowie die Klammern montieren müssen. Hierbei habe es sich um eine im Wechsel zwischen Stehen und Sitzen durchzuführende Tätigkeit gehandelt, bei der Gehen selten nötig gewesen

sei. Regelmässig sei das Tragen und Heben von leichten Gewichten (0 bis 10 Kilogramm) angefallen. Die Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit seien klein, die an das Durchhaltevermögen mittel und diejenigen an die Sorgfalt gross gewesen (Urk. 10/79 S. 22 oben).

Die Malleolarfraktur rechts Typus Weber B sei initial konservativ therapiert worden. Konsekutiv sei im November 2002 eine Osteotomie des medialen Malleolus mit Entfernung chondraler Flakes, Pridie-Bohrung sowie Osteosynthese des medialen Malleolus und später im März 2003 die Metallentfernung erfolgt. Seit der ersten Operation klage die Beschwerdeführerin über an Intensität stetig zunehmende Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenks mit im weiteren Verlauf Schmerzausweitung auf beide unteren Extremitäten, die gesamte Wirbelsäule und beide oberen Extremitäten (Urk. 10/79 S. 22 Mitte).

Bei der internistischen Untersuchung liessen sich im Status keine pathologischen Befunde erheben. Aus rein internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsfähig (Urk. 10/79 S. 23 Mitte). Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung sei ein ungehindertes Eintreten ins Untersuchungszimmer und das Aus- und Ankleiden ohne Hilfe möglich gewesen. Zehen- und Fersengang seien unter Schmerzen möglich, wobei die Schmerzen vor allem über dem Knöchel wie auch an der lumbalen Wirbelsäule angegeben würden. Es bestehe eine Haltungsinsuffizienz mit Schulter- und Kopfprotraktion sowie verlängerter Brustkyphose und etwas betonter Lendenlordose. Diffuse Druckdolenzen finden sich im Bereich beider oberen Sprunggelenke, tief lumbovertebral paravertebral sowie diffus im Gesäss und Ansatz des Pes anserinus beidseits (Urk. 10/79 S. 23 unten). Weitere Druckdolenzen liessen sich entlang der gesamten Wirbelsäule paravertebral mit Betonung subokzipital sowie im muskulären Schultergürtel feststellen, wobei ein muskulärer Hartspann nicht festgestellt werden könne. Neurologisch liessen sich keine Hinweise für eine Neurokompression feststellen. Bildgebend finde sich in den Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule eine beginnende Osteochondrose L5/S1, wie sie bereits in der Voruntersuchung vom 10. September 2003 beschrieben werde. Im Bereich der Halswirbelsäule finden sich - abgesehen von einer beginnenden ventralen Spondylose der Deckplatte des Halswirbelkörpers 5 - keine degenerativen Veränderungen. Im Bereich der oberen Sprunggelenke finden sich keine Hinweise für eine sekundäre Arthrose bei unverändertem Befund gegenüber der Voruntersuchung vom 13. Februar 2004 (Urk. 10/79 S. 24 oben).

Zusammengefasst könnten die Beschwerden aus rheumatologischer Sicht im Rahmen eines chronisch generalisierten weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms mit Akzentuierung eines lumbo-spondylogenen und zerviko-spondylogenen bis zerviko-ze-phalen Schmerzsyndroms diagnostiziert werden. Bei weitgehend fehlendem Korrelat zum angegebenen Beschwerdebild - insbesondere unauffälliger Darstellung des oberen Sprunggelenkes und lediglich beginnender Segmentdegeneration L5/S1 - bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlich wechselbelastenden bis intermittierenden mittelschweren Tätigkeit, wie auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Urk. 10/79 S. 24 Mitte).

Bei der psychiatrischen Exploration lasse sich ein depressives Zustandsbild im Sinne einer neurotischen Depression erkennen, welche am ehesten unter der Dysthymia zu verschlüsseln wäre. Da die derzeitigen Symptome jedoch die Kriterien einer leichten

bis mittelgradigen depressiven Störung erfällten, seien diese dort einzuordnen. Die Beschwerdeführerin erlebe die Schmerzen als quälend, wobei es kein ausreichendes somatisches Korrelat gebe, sie ziehe sich von Menschen zurück und es seien gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen erfolgt. Eine Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen lasse sich zwar vermuten, im Gespräch aber nicht herausarbeiten. Aufgrund des depressiven Zustandbildes komme es sicherlich zu einer erhöhten Schmerzwahrnehmung und infolge der passiven Haltung würden zusätzlich muskuläre Dysbalancen auftreten. Hinzu komme ein sekundärer Krankheitsgewinn, da die Tochter die Führung des Haushaltes übernommen hätten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt (Urk. 10/79 S. 24 f.).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Für eine leichte, körperlich wechselbelastende bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit - wie dies auch die zuletzt ausgeübte Arbeit sei - bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit (Urk. 10/79 S. 25 oben).

Die Kombination von depressiven Symptomen und chronischen Schmerzen erfordere eine allenfalls sogar stationäre Etablierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Sowohl die Depression als auch die Schmerzen seien grundsätzlich gut behandelbar. Aufgrund der sozialen Situation mit einem kranken, den ganzen Tag über zu Hause weilenden Ehemann, wäre es wichtig, dass die Beschwerdeführerin wieder in einen Arbeitsprozess integriert werden könne (Urk. 10/79 S. 25 unten).

4.6 In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 19. Oktober 2007 (Urk. 10/88) führten Dr. O., Dr. med. Q., Fachärztin für Psychiatrie FMH, und Dr. med. univ. Dr. phil. R., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, A., aus, bei der Beschwerdeführerin sei in der Rehaklinik B. eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden. Dem ICD-10 sei zu entnehmen, dass diese Störung im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung beginne und die Symptome meist nicht länger als sechs Monate anhalten würden, ausser bei der längeren depressiven Reaktion, die in B. nicht diagnostiziert worden sei. Falls die Symptome andauern würden, sollte gemäss ICD-10 die Diagnose in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen klinischen Bild geändert und die andauernden Belastungen unter Verwendung der Z-Codierungen gekennzeichnet werden. Insofern hätte damals seitens der Ärzte der Klinik B. bereits eine depressive Störung diagnostiziert werden müssen. Im Bericht des H. vom 23. Februar 2004 werde eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Diese Diagnose sei gemäss ICD-10 aber nicht ausgewiesen, da sich kein Konflikt oder ein psychosozialer Belastungsfaktor eruieren lasse, der schwerwiegend genug sei, um als ursächlicher Einfluss zu gelten (Urk. 10/88 S. 1 f.).

Wie im Gutachten beschrieben imponiere die Beschwerdeführerin während des gesamten Gesprächs dysphorisch und beantworte die gestellten Fragen nur unwillig, so dass eine zeitliche Einordnung, seit wann die Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit infolge der diagnostizierten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode bestehe, schwierig sei. Dieses Verhalten der Beschwerdeführerin sei nicht als bewusst herbeigeführt, sondern als Ausdruck der depressiven Symptomatik zu werten. Aufgrund der vorliegenden Arztberichte lasse sich nicht mit Sicherheit bestimmen, ab wann genau der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festzusetzen sei. Vergleiche man den

psychiatrischen Befund von B.\_\_\_\_ mit demjenigen anlässlich der Begutachtung im A.\_\_\_\_, zeigten sich aktuell und im Kontrast zu damals eine psychomotorische Unruhe, eine deutlich dysphorische Stimmung mit Schuldprojektionen, ein sozialer Rückzug sowie Durchschlafstörungen. Es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass sich die schon in B.\_\_\_\_ vorhandene depressive Symptomatik chronifiziert und an Schwere zugenommen habe. Aufgrund dieses depressiven Zustandsbildes beständen Funktionseinschränkungen, welche die 20%ige Arbeitsunfähigkeit bewirkten. Die Beschwerdeführerin sei vor allem vermindert belastbar und eingeschränkt anpassungsfähig (Urk. 10/88 S. 2 Mitte).

Durch eine adäquate antidepressive Therapie könnte das Zustandsbild möglicherweise verbessert werden. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin aber nicht motiviert und habe bereits eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. K.\_\_\_\_ abgebrochen. Klinisch Erfahrungen zeigten, dass chronifizierte dysthymische Zustandsbilder in Verbindung mit chronifizierten Schmerzen durch eine spezielle Form multimodaler Therapie (Psychotherapie und Schmerzbewältigungstraining und körperliches Training und Lebensstilveränderung und Pharmakotherapie) erfolgreich behandelt werden könnten. Für eine entsprechende Therapie fehlten indes die Voraussetzungen, da die Beschwerdeführerin wenig motiviert sei und überdies auch spezifische, für solche Migrantengruppen geeignete multimodale Therapieformen (in deren Muttersprache) fehlten. Es sei deshalb schwierig, den Erfolg einer eventuellen antidepressiven Therapie mit hinreichender Sicherheit zu prognostizieren. Überwiegend wahrscheinlich sei deshalb davon auszugehen, dass das depressive Zustandsbild eher stabil bleibe (Urk. 10/88 S. 2 unten).

Das Störungsbild werde sicherlich durch den ebenfalls erkrankten Ehemann beeinflusst, der sich wie die Beschwerdeführerin selber in keiner Tagesstruktur befinde. Auch der sekundäre Krankheitsgewinn durch die Haushaltsführung der Tochter sowie die passive Haltung der Beschwerdeführerin mit dem Wunsch, dass ihr die Schmerzen ohne eigenes Zutun genommen würden, beeinflussten das Störungsbild (Urk. 10/88 S. 3).

## **E. 5**

5.1 Fraglich und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem rechtskräftig gewordenen Einspracheentscheid vom 8. April 2004 (Urk. 10/33) verschlechtert hat.

Dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2004 (Urk. 10/57) lassen sich keine Angaben zu einer möglichen Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin entnehmen, weshalb dieser für die vorliegend zu beurteilende Streitsache nicht relevant ist. Dr. M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_, machte in ihren Berichten vom 31. Januar 2005 (Urk. 10/63/15-16) sowie vom 21. Februar 2005 (Urk. 10/63/10) ebenfalls keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, weshalb zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und damit der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch nicht auf diese abgestellt werden kann. Auch das Schreiben des ehemaligen behandelnden Psychiaters Dr. K.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2005 (Urk. 10/63/2) enthält keine Angaben zur möglichen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb diesem ebenfalls nichts zur Beurteilung der strittigen Frage Relevantes entnommen werden kann.

5.2 Das A.\_\_\_\_-Gutachten mit internistischem (Urk. 10/79 S. 10-12), rheumatologischem (Urk. 10/79 S. 13-17) und psychiatrischem (Urk. 10/79 S. 17-21)

Teilgutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wobei unter anderem auch bildgebende Untersuchungsverfahren bezüglich der beiden oberen Sprunggelenke, der Halswirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule zur Anwendung gelangten (vgl. Urk. 10/79 S. 15). Des Weiteren berücksichtigt es die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und setzt sich mit dieser und deren Verhalten umfassend auseinander. Ferner wurde es in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet.

So legten die Gutachter schlüssig dar, dass kein organisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden bestehe. Dies hatten bereits die Ärzte der Rehaklinik B. in ihrem Austrittsbericht vom 10. Oktober 2003 festgehalten (Urk. 10/9/11) und auch Dr. G. hatte in seinem Bericht vom 26. November 2003 ausgeführt, dass aus orthopädischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr begründet werden könne (Urk. 10/12). Die Gutachter des A. führte des Weiteren nachvollziehbar und überzeugend aus, weshalb sie die von den Ärzten der Rehaklinik B. genannte Diagnose einer Anpassungsstörung nicht bestätigen konnten und weshalb die von den Ärzten des H. im Bericht vom 23. Februar 2004 genannte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bei der Beschwerdeführerin nicht vorliege (Urk. 10/88 S. 1 f.). Im Übrigen lässt auch der Umstand, dass die Gutachter des A. explizit darauf hinwiesen, der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die psychische Störung sei schwierig festzulegen (Urk. 10/88 S. 2 Mitte), auf eine gründliche und sorgfältige Begutachtung schließen. Diesbezüglich führten sie sodann nachvollziehbar aus, der Vergleich der Befunde anlässlich des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik B. mit denjenigen im Rahmen der A.-Begutachtung lasse überwiegend darauf schließen, dass die bereits in B. vorhandene depressive Symptomatik zwischenzeitlich chronifiziert sei und an Schwere zugenommen habe (Urk. 10/88 S. 2 Mitte). Die Beurteilung der Ärzte des A., wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der durch die leichte bis mittelschwere depressive Episode verursachten Funktionseinschränkungen zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, da sich die entsprechende psychische Störung vor allem in einer verminderten Belastbarkeit sowie einer eingeschränkten Anpassungsfähigkeit zeige, vermag ebenfalls zu überzeugen.

Das Gutachten vom 11. Juni 2007 mit Ergänzung vom 19. Oktober 2007 erfüllt folglich die praxisgemassen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.3) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung und insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt werden kann.

5.3.3 Dr. F. führte in ihrem Bericht vom 26. Juli 2004 aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Bericht vom 18. September 2003 verschlechtert und sich das Schmerzsyndrom ausgeweitet habe. Infolgedessen attestierte sie der Beschwerdeführerin weiterhin eine praktisch 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/48/1). Die Hausärztin begründete das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit indes nicht weiter. Insbesondere machte sie keinerlei Ausführungen dazu, weshalb die Beschwerdeführerin aufgrund der genannten Diagnosen in so erheblichen Umfang in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. Nicht nachvollziehbar ist im Speziellen auch, wie die behandelnde Ärztin zu ihrer Beurteilung gelangte, wobei die Würdigung des Berichtes darauf schliessen lässt, dass sie sich

hauptsächlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin selber stützte.

Da Dr. F. \_\_\_ nicht schlüssig begründete, weshalb der Beschwerdeführerin gar keine Tätigkeit zumutbar sein sollte, vermag ihre Beurteilung nicht zu überzeugen. Folglich kann nicht darauf abgestellt werden.

5.4 In ihrer Beschwerde brachte die Beschwerdeführerin vor, bei der durch die Ärzte des A. \_\_\_ attestierten 80%igen Restarbeitsfähigkeit handle es sich um eine willkürliche und ungewisse Beurteilung, welche den Erfahrungswerten der Psychiatrie widerspreche (Urk. 1 S. 13 Ziff. 13). Bei einer mittelgradigen Depression liege die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gemäss den Erfahrungswerten der Psychiatrie bei 60 % und die qualitative Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit infolge der erheblichen Schmerzzustände betrage erfahrungsgemäss mindestens 20 % (Urk. 1 S. 12 oben). Weiter führte die Beschwerdeführerin aus, aufgrund der psychiatrischen Diagnosen der Rehaklinik B. \_\_\_, des H. \_\_\_ sowie des A. \_\_\_ ergebe sich eine gesamthafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 % (Urk. 1 S. 12 Mitte), wobei sie zugleich vorbrachte, aufgrund ihrer psychischen Leiden sei sie für jegliche Tätigkeit voll arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 13 Ziff. 15).

Mit diesen Vorbringen verkennt die Beschwerdeführerin, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht gestützt auf angebliche Erfahrungswerte aus der Psychiatrie erfolgt, sondern dass die Restarbeitsfähigkeit jeweils im konkreten Einzelfall zu beurteilen ist, wobei auf die fachärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit abzustellen ist. Im Übrigen sind die von der Beschwerdeführerin genannten angeblichen Erfahrungswerte weder belegt noch nachvollziehbar. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin können sodann die Diagnosen aus den Berichten der Rehaklinik B. \_\_\_, des H. \_\_\_ sowie des A. \_\_\_ nicht einfach zusammengenommen und allfällige Arbeitsunfähigkeiten addiert werden, wobei in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen ist, dass sowohl die Ärzte der Rehaklinik B. \_\_\_ (Urk. 10/9/11) als auch diejenigen des H. \_\_\_ (Urk. 10/48/4) der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert hatten (Urk. 10/9/11). Letztlich sind die Vorbringen der Beschwerdeführerin auch widersprüchlich, führte diese doch einerseits aus, es bestehe eine gesamthafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 % (Urk. 1 S. 12 Mitte) und machte sie zugleich geltend, aufgrund ihrer psychischen Leiden für jegliche Tätigkeit voll arbeitsunfähig zu sein (Urk. 1 S. 13 Ziff. 15). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen das nachvollziehbare A. \_\_\_-Gutachten jedenfalls nicht in Zweifel zu ziehen.

5.5 Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass weder die abweichende Beurteilung durch die Hausärztin Dr. F. \_\_\_ noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 13. Juni 2008 das A. \_\_\_-Gutachten umzustossen vermögen, weshalb auf dieses abzustellen ist. Folglich ist von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer anderen angepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 10/79 S.).

## 6. In der Sache

6.1 Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung wurde durch die Beschwerdeführerin nicht gerügt. Diese ist denn auch nicht zu beanstanden.

6.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin trotz einer gewissen Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustandes sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist und dass die Beschwerdegegnerin sowohl das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen korrekt ermittelt hat.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

## E. 7

7.1 Die beiden Gesuche um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung können bewilligt werden, da die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

7.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Invaliditätsgeldleistungen vor dem kantonalen Verwaltungsgericht kostenpflichtig.

Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden ermessensweise auf Fr. 800.-- festgesetzt und der Beschwerdeführerin als unterliegender Partei auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, wobei die Beschwerdeführerin auf Art. 92 hinzuweisen ist.

7.3 Gemäss Art. 9 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird dem unentgeltlichen Rechtsvertreter für unnötigen oder geringfügigen Aufwand keine Entschädigung zugesprochen.

7.4 Mit Honorarnote vom 27. Januar 2010 machte Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat einen Aufwand von 13.75 Stunden sowie Barauslagen von insgesamt Fr. 94.10 (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend (Urk. 19).

Der geltend gemachte Aufwand erscheint mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses als unangemessen und kann deshalb nicht vollumfänglich abgegolten werden. Dies gilt namentlich für die zahlreichen Besprechungen und Telefonate, welche sich insgesamt auf mehrere Stunden summieren. Angemessen und zu vergüten sind 1.5 Stunden Instruktionaufwand, 3 Stunden Aktenstudium, 2 Stunden für die Beschwerdeschrift, welche im übrigen über weite Strecken eine unnötige Widergabe des Sachverhaltes sowie der bei den Akten liegenden Arztberichte enthält, sowie 1.5 Stunden für übrigen Aufwand. Unter Berücksichtigung des Schwierigkeitsgrades der Streitsache sind vorliegend 9.6 Stunden als entschädigungsberechtigt zu taxieren, und zwar zum praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer), womit sich die Entschädigung unter Berücksichtigung der geltend gemachten Fr. 94.10 Barauslagen (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'167.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) beläuft.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 13. Juni 2008 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihr die unentgeltliche Prozessführung gewährt.

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. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat, Zürich, wird mit Fr. 2'167.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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 Vertreters 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.