

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00503 vom 7. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00503

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00503 du 7 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00503 del 7 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28a Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 3 ter IVG) in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich - auch nach Inkraft-Treten des ATSG (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 E. 4.2 mit Hinweis [I 249/04]) - aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV; BGE 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53 und E. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, E. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 E.

5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 E. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu wärdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

1.4 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2. Vorliegend ist strittig und zu präfen, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen einer Erwerbstätigkeit nachginge und ob die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Invalidenrente erfüllt sind.

3.

3.1 Im Hinblick auf die Statusfrage gilt zu präfen, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin nach überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig sein würde (vorstehend E. 1.3).

3.2 Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 21. April 2010 davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden einer Erwerbstätigkeit von 78 % nachgehen würde und im Haushalt zu 22 % tätig wäre (Urk. 2 S. 1 unten).

3.3 Die Beschwerdeführerin arbeitete seit Juni 2000 bei der B. AG im Umfang von 29 Stunden pro Woche, was bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42 Stunden ein Pensum von 69 % (29 Stunden x 100 : 42 Stunden) ergibt. In ihrer Nebentätigkeit als Raumpflegerin arbeitete sie von Januar 1999 bis Juni 2006 einmal wöchentlich während 3 Stunden, was unter Berücksichtigung der im Jahr 2006 durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 7/8-2011 S. 98 Tabelle B9.2) zu einem Pensum von 7.2 % (3 Stunden x 100 : 41.7 Stunden) führt. Dies ergibt zusammen ein Pensum von 76 %. Gemäss Aktenlage sind - ausser im Jahr 2003 und damit vernachlässigbar - keine weiteren Arbeitstätigkeiten ausgewiesen (Urk. 8/3/13 Ziff. 8, Urk. 8/58). Damit ist die von der IV-Stelle zu Gunsten der

Beschwerdeführerin vorgenommene Qualifikation nicht zu beanstanden.

3.4. Dass die Beschwerdeführerin, wie sie vorbringt, einem Arbeitspensum von 100 % nachgehen würde (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 4), ist nicht ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin arbeitete über Jahre in einem Pensum von 76 % beziehungsweise 78 %. Ferner ist auch die Scheidung im Jahre 2005 nicht ausschlaggebend, da die Beschwerdeführerin und ihr Ex-Ehemann bereits vorher getrennt wohnten und lebten. Dass sie nach der Trennung im Jahre 2003 mehr habe arbeiten müssen (Urk. 1. S. 5 unten Ziff. 4), mag zutreffen, die Beschwerdeführerin hat dies aber nie umgesetzt. Auch die Arbeitsunfähigkeit war kein Grund für die ausgebliebene Erhaltung des Pensums, da diese erst im Jahr 2005 eingetreten ist (Urk. 8/8/3 lit. A).

3.5. Somit ist festzuhalten, dass hinsichtlich der Statusfrage zugunsten der Beschwerdeführerin von einer Erwerbstätigkeit von 78 % und einer Haushaltstätigkeit von 22 % auszugehen ist.

E. 4

4.1. Im Bericht vom 4. September 2006 (Urk. 8/8/3-6) stellte Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A):

- Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Angst, Sorgen, Zukunftsängste, Schmerzen) seit 2005
- psychosoziale Belastungssituation (Sohn und Arbeitsplatz) seit 2005

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei wach, allseits orientiert und klagend. Es würden keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen vorliegen. Im Affekt sei sie traurig und durch die jetzige Situation und Vorgeschichte überfordert. Der Gedankengang sei fixiert auf ihre Angstperspektive (Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes, seit vier Jahren habe sie einen neuen Chef, der sie kritisiere und ihr mit der Kündigung drohe). Psychomotorisch sei sie ruhig und eine Suizidalität könne allgemein verneint werden, sei jedoch bei Überforderung latent vorhanden (S. 2 lit. D.5).

Die beschriebene Symptomatik und die reaktive Entwicklung unter psychiatrischer, psychotherapeutischer und Psychopharmakotherapie seien behandelbar und nicht invalidisierend bei regelmässigen Kontrollen (S. 2 Ziff. 7). Daher sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Berufstätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 4 unten).

4.2. Im C. __-Gutachten vom 26. Februar 2008 (Urk. 8/32/1-21) nannten die Gutachter aus den Fachdisziplinen Allgemeinmedizin (S. 4 ff.), Psychiatrie (S. 6 ff.) und Orthopädie (S. 11 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 5.1):

- leichte bis mittelgradige depressive Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- chronische Lumbalgie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung rechts
- aktuell keine radikuläre Ausfälle

- Diskusprotrusionen LWK3-SWK1 ohne Neurokompression, mäßiggradige Spondylarthrose (MRI 18. Juni 2007)
 - kein Ansprechen auf Facetteninfiltration LWK 3 bis 5 und Sakralblockade 2005 (Schulthess Klinik)
 - chronische Hüftschmerzen rechts
 - Differentialdiagnose: degenerative Veränderungen, Knochenschmerzen im Rahmen des primären Hyperparathyreodismus
 - Status nach Hüftdistorsion rechts 2004
 - leichte Offset-Störung mit Herniation pit am Übergang vom Femurkopf zum Schenkelhals, Einriss des Labrums anterolateral und möglicher kleinster Einriss der Sehnen des M. gluteus medius und minimus am Ansatz am Trochanter major Hüfte rechts (MRI 3. Januar 2006)
 - Beschwerdezunahme nach intraartikulärer Infiltration Hüfte rechts am 1. März 2006 (Schulthess Klinik)
 - Restbeschwerden nach Epicondylitis humeri radialis rechts 2006
- Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 17 Ziff. 5.2):
- primärer Hyperparathyreodismus
 - Adipositas, BMI 30 kg/m²
 - Differentialdiagnose: primär, sekundär als Nebenwirkung der Psychopharmakotherapie
 - Sinustachykardie
 - Herzfrequenz 102/Minute
 - Differentialdiagnose: situativ, als Nebenwirkung der hochdosierten Therapie mit Efor
- Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin erledige die Hausarbeiten mit Hilfe des bei ihr wohnenden jüngeren Sohnes. Bei Grosseinkäufen begleite sie ihre Schwester mit dem Fahrzeug. Letztmals habe die Beschwerdeführerin im Sommer 2007 ihre Ferien in der H. verbracht; sie sei in Begleitung einer Freundin dorthin geflogen. Die Beschwerdeführerin verbringe ihren Tag strukturiert, erledige Hausarbeiten und kleinere Einkäufe, nachmittags unternehme sie kurze Spaziergänge, manchmal gehe sie auch schwimmen und in die Sauna. Als einzige Mahlzeit bereite sie das Abendessen zu, welches sie mit ihrem Sohn um zirka 18 Uhr einnehme. Sie pflege regelmässig soziale Kontakte. Die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit könne sie sich aufgrund ihrer Schmerzen nicht mehr vorstellen (S. 18 Ziff. 6.1).
- Bezüglich Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe keinen Beruf erlernt. In der Schweiz habe sie vor ihrer Krankschreibung in einem Pensum von 70 % als Mitarbeiterin interne Post gearbeitet. Somit würden sie von dieser Tätigkeit als angestammte Tätigkeit ausgehen. Aus orthopädischer Sicht würden die chronische Lumbalgie, die chronischen Hüftschmerzen rechts und die Restbeschwerden nach Epicondylitis humeri radialis rechts die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und anderen körperlich leichten bis

mittelschweren Tätigkeiten geringgradig einschränken. Die orthopädischen Diagnosen führten zu einer Leistungseinbuße von 20 % bezogen auf eine ganzständige Tätigkeit entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht würden sich die Diagnosen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht zu 70 % arbeitsfähig (S. 18 Mitte Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der nachgewiesene Hyperparathyreoidismus führe aus internistischer Sicht per se nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit. Es sei jedoch möglich, dass die mit dem Hyperparathyreoidismus assoziierte Hyperkalzämie, welche bei der Beschwerdeführerin nur geringgradig ausgeprägt sei, zu einer Verstärkung der vorbestehenden psychiatrischen Diagnosen führe. Das im Rahmen des Hyperparathyreoidismus ebenfalls erhöhte Parathormon aktiviere die Osteoclasten und mobilisiere das Kalzium der Knochen. Dieser Prozess, welcher zuletzt in eine Ostitis fibrosa cystica münden könne, könne Knochenschmerzen verursachen. Somit bestehe die Möglichkeit, dass der Hyperparathyreoidismus auch eine Teilursache der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates sei. Ferner würden weder aus allgemein-medizinischer noch aus anderweitiger somatischer Sicht Befunde und Diagnosen vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit resultiere aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit. Die Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht seien nicht additiv, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und/oder zur Wahrnehmung eines langsameren Arbeitstempos verwendet werden könnten (S. 18 unten Ziff. 6.2).

4.3 Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 2. Juli 2008 (Urk. 8/49/1-5) stellten die Ärzte der D.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom

- chronisches Schmerzsyndrom, Fibromyalgie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann führten sie aus, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine wache, bewusstseinsklare Patientin, zeitlich leicht desorientiert, sonst mit erhaltener Orientierung in allen Modalitäten. Im Kontaktverhalten sei sie offen und freundlich. Es bestehe eine leichte innere Unruhe, die Aufmerksamkeit, Konzentration und das Gedächtnis im Gespräch seien unauffällig. Ferner sei die Stimmung gedrückt, affektiv sei sie vermindert schwingungsfähig, deprimiert und habe ein Insuffizienzgefühl. Es würden formale Denkstörungen bestehen, inhaltliche Denkstörungen seien keine eruierbar. Ferner seien keine Ich-Störungen, keine Zukunftsängste oder Zwänge eruierbar. Es sei ein Krankheitsgefühl vorhanden und der Appetit reduziert. Ferner beständen Ein- und Durchschlafstörungen, vermehrt lebensmüde Gedanken, Pläne (Tabletten), sie könne sich aber bei Eintritt der Gedanken davon distanzieren und verspreche, sich zu melden. Ferner liege keine

Agitiertheit oder Aggressivität vor (S. 2 Ziff. 3.5).

Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (S. 3 Ziff. 4.1). Während des stationären Aufenthaltes sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Ärzte würden einen Versuch der beruflichen Reintegration auf dem behinderungsangepassten Arbeitsmarkt unterstützen (zum Beispiel 20 % pro Woche mit Steigerung; S. 1 Mitte; S. 4 Ziff. 5.2). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu fünf bis zehn Stunden pro Woche arbeitsfähig seit 13. April 2007 (S. 4 Ziff. 5.2). Ferner bestehe kein Verdacht auf ein Suchtgeschehen (S. 4 Ziff. 5.4).

4.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 17. Dezember 2008 (Urk. 8/61) nannten die Psychiater E. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 5.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode

- Dysthymia

- akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, abhängigen und histrionischen Anteilen

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein schädlicher Gebrauch von Opioiden (Tramadol), von Benzodiazepinen und von peripher wirksamen Analgetika (S. 15 Ziff. 5.2).

Eine beginnende Chronifizierung sei durch die neben der mittelgradigen depressiven Episode diagnostizierte Dysthymia zu erkennen. Es sei festzustellen, dass zwischen den depressiven Episoden keine vollständige Remission habe erreicht werden können. Es bestehe ein schädlicher Gebrauch von Schmerzmitteln, darunter auch Opioiden, das heisst zentral wirksamen Analgetika mit Abhängigkeitspotential. Zudem liege ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen vor. Differentialdiagnostisch lasse sich bei der aktuellen Untersuchung ein Abhängigkeitssyndrom in Bezug auf sämtliche genannten Substanzen nicht ausschliessen. Im Erleben dominiere eine ausgeprägte Gräbelneigung mit Fokussierung des Denkens auf Schuld-, Insuffizienzgefühle, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit und den daraus resultierenden, immer wieder sich aufdrängenden Todeswünschen. Weiter beständen Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, ein schlechtes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen und ein sozialer Rückzug. Diese aktuellen depressiven Beschwerden und Symptome würden den diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode entsprechen (S. 15 Ziff. 6).

Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aufgrund des aktuellen psychopathologischen Befundes aktuell eine mittelgradige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Diese seien bedingt durch eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, eine eingeschränkte Ausdauer, eine mittelgradige Einschränkung der Stress- und Frustrationstoleranz, eine deutlich eingeschränkte Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit und eine teilweise eingeschränkte Umstellungsfähigkeit. Als Ressourcen seien eine gute Allgemeinintelligenz und gute Deutschkenntnisse zu erwähnen (S. 16 unten Ziff. 6.). Es sei davon auszugehen, dass die diversen psychopathologischen Auffälligkeiten zu einem nicht unerheblichen Teil durch den schädlichen Gebrauch der multiplen Substanzen mit Abhängigkeitspotential

bedingt und somit vermutlich behandelbar seien. Eine abschliessende Beurteilung der psychischen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter den gegebenen Umständen nicht möglich (S. 17 oben Ziff. 6).

4.5 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin äusserten sich die Ärzte der D. ___ im Bericht vom 3. April 2009 (Urk. 8/68) dahingehend, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung handle, bei welcher keinerlei Hinweise auf einen schädlichen Gebrauch von Opioiden und Benzodiazepinen vorliegen würden. Eine Entzugsbehandlung sei daher nicht indiziert. Die Beschwerdeführerin befinde sich weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung (S. 1 unten). Die Ärzte würden angesichts der Schwere der Chronifizierung der Erkrankung das Rentengesuch bezüglich einer ganzen Invalidenrente unterstützen (S. 1 unten f.).

4.6 In ihrem zweiten Gutachten vom 7. Dezember 2009 (Urk. 8/76) nannten die Psychiater E. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 5.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode

- Dysthymia

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen, histrionischen und abhängigen Anteilen auf (S. 12 Ziff. 5.2).

Sie führten aus, im Gespräch habe sich eine altersentsprechend wirkende, adäquat gekleidete und gepflegte Frau gezeigt. Ihre Stimmung sei herabgesetzt erschienen, dabei sei sie vor allem freudlos gewesen. Während die affektive Schwingungsfähigkeit herabgesetzt gewesen sei, sei der Antrieb und die Psychomotorik regelrecht gewesen. Die kognitiven und mnestischen Leistungen hätten keinerlei Auffälligkeiten aufgewiesen. Das formale Denken sei unauffällig, im inhaltlichen Denken sei sie auf ihre Beschwerden und das subjektive Insuffizienzerleben fokussiert gewesen. Während der Untersuchung habe es keinerlei Hinweise auf ein psychotisches Erleben gegeben; der Realitätsbezug sei jederzeit vorhanden gewesen. Die angegebenen Symptome in Form einer illusionären Verknennung stellten ein einzelnes Phänomen dar, welches am ehesten der Akzentuierung der Persönlichkeit zuzuschreiben sei oder ein hypnagoges Phänomen darstelle (S. 12 Mitte Ziff. 6). Die sehr umfangreiche und detaillierte Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin sei zeitweilig recht retourniert erschienen. Sie habe Fachbegriffe wie Parahypotheseodismus, Ganzkörperperschmerzen, kein erholsamer Schlaf benutzt. Die Beschwerdeschilderung in Bezug auf die Ganzkörperperschmerzen hätten in gewissem Widerspruch zu ihren Angaben zum ausgefallten Tagesablauf gestanden. So habe sich der Eindruck einer gewissen Verdeutlichungstendenz der Beschwerden ergeben (S. 12 unten Ziff. 6).

Diagnostisch sei bei der Beschwerdeführerin von einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig in Form einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode, einer Dysthymia und von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen, welche auf dem Boden von akzentuierten

Persönlichkeitszügen mit emotional-instabilen, histrionischen und abhängigen Anteilen entstanden seien. Eine beginnende Chronifizierung werde durch die zusätzliche Diagnose einer Dysthymia ausgedrückt. Es sei festzustellen, dass zwischen den depressiven Episoden keine vollständige Remission habe erreicht werden können. Der im Gutachten vom 17. Dezember 2008 beschriebene schädliche Gebrauch von Benzodiazepinen und Opioiden bestehe aktuell nicht mehr, was mit einem negativen Drogenscreening vom 11. November 2009 habe bestätigt werden können (S. 14 unten Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine schwerwiegende depressive Symptomatik liege eindeutig nicht vor. Auch für das Vollbild einer mittelgradigen depressiven Symptomatik hätten sich keine ausreichenden Hinweise ergeben. Es sei von einem schwankenden Verlauf der rezidivierenden depressiven Stimmung auszugehen, welcher inzwischen seit Monaten auf einem leichten bis mittelschweren Niveau bleibe, so dass seit Anfang 2008 keine längere stationäre Behandlung mehr erforderlich gewesen sei. Ein Vergleich zur Begutachtung im Dezember 2008 habe eine deutliche Verbesserung der kognitiven Funktionen ergeben. Aktuell habe sich die Beschwerdeführerin gleichbleibend gut konzentriert und aufmerksam gezeigt. Diese Besserung führten die Gutachter einerseits auf das Absetzen der zuvor missbräuchlich eingenommenen Substanzen und andererseits auf eine Besserung der depressiven Symptomatik zurück (S. 15 Mitte Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aufgrund des aktuellen psychopathologischen Befundes eine mittelgradige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Diese sei bedingt durch eine Einschränkung der Stress- und Frustrationstoleranz und der emotionalen Belastbarkeit, insbesondere der Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit. Als Ressourcen seien eine gute Allgemeinintelligenz und gute Deutschkenntnisse zu nennen. Nicht zuletzt sei auch eine gewisse Beharrlichkeit und Durchsetzungsfähigkeit als Ressource im Arbeitsprozess zu betrachten (S. 16 Mitte Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Postverteilung als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsunfähigkeit von zirka 30 bis 40 % auszugehen (S. 16 Ziff. 7.1, Ziff. 7.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den früheren ärztlichen Einschätzung hielten die Gutachter fest, im Vergleich zur Begutachtung beim C.____ liege inzwischen eine Chronifizierung der depressiven Symptomatik auf einem leichten bis mittelschweren Niveau vor, dargestellt durch die Dysthymie. Aus diesem Grund sei vorliegend eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 30 bis 40 % attestiert worden (S. 18 oben Ziff. 8.5). Der von den Ärzten der D.____ gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode (bei rezidivierender depressiver Stimmung) könnten sie nicht zustimmen. Retrospektiv seien sie davon ausgegangen, dass bei der Beschwerdeführerin in den Jahren schwere depressive Episoden vorgelegen hätten, weshalb sie längerfristig in der D.____ hospitalisiert gewesen sei. Seit Anfang 2008 sei dies nach der Aktenlage nicht mehr erforderlich gewesen. So sei von einer Teilremission der depressiven Symptomatik auszugehen. Es sei davon auszugehen, dass die behandelnden Ärzte der D.____ bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgegangen seien und die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stärker gewichtet beziehungsweise die psychosozialen Faktoren miteinbezogen hätten (S. 18 Mitte Ziff. 8.5).

4.7. In seinem Bericht vom 8. Februar 2010 (Urk. 8/77) nannte Dr. med. I. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1)

- mittelgradige depressive Episode

- chronisches lumbovertebrales Syndrom mit degenerativen Bandscheibenveränderungen seit Februar 2004

- femuroacetabuläres Impingement rechts seit Februar 2004

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % bis auf weiteres (Ziff. 1.6).

4.8. In seinem Bericht vom 16. März 2010 führte Dr. med. J. ____, Praktischer Arzt, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin, RAD, aus, die Angaben im Bericht von Dr. I. ____, wiesen im Vergleich zum Gutachten vom Dezember 2009 keine Verschlechterung aus. Es sollte weiter auf das Gutachten vom 7. Dezember 2009 (Urk. 8/76) abgestellt werden.

Die Einschränkung im Haushalt sei aufgrund der psychischen Problematik auf 35 % festzusetzen (Urk. 8/78/5 Mitte).

E. 5

5.1. Vorweg ist festzuhalten, dass das psychiatrische Gutachten vom 7. Dezember 2009 (Urk. 8/76) in sämtlichen Punkten den Kriterien der gefestigten Rechtsprechung (vorstehend E. 1.4) an den Beweiswert einer Expertise entspricht.

So sind die für die Beantwortung der gestellten Fragen abschliessend (nach der psychischen Erkrankung und der Arbeitsfähigkeit) und beruhen auf allseitigen Untersuchungen, führten doch die Gutachter umfassende Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht durch. Dabei berücksichtigten sie die geklagten Beschwerden und setzten sich damit sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin intensiv auseinander.

Den Gutachtern waren weiter die wesentlichen Vorakten bekannt, welche in die Beurteilung einfließen. Das Gutachten leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, da die Gutachter detailliert die Auswirkungen der vorliegenden Beschwerden beschrieben. Dabei haben die Gutachter überzeugend begründet, inwiefern nicht mehr auf frühere ärztliche Einschätzungen abgestellt werden kann. Ihre Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präzisierend nachvollziehen kann.

In diesem Sinne legten sie schlüssig dar, dass im Vergleich zur Begutachtung beim C. ____, im Mai 2008 durch eine beginnende Chronifizierung eine leichte Verschlechterung des psychischen Zustandes eingetreten sei. Aus diesem Grund hätten sie auch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 40 % attestiert (Urk. 8/76 S. 18 oben Ziff. 8.5). Eine wie von der D. ____, diagnostizierte schwere depressive Episode liege nicht mehr vor. Es hätten in den Jahren 2006 und 2007 schwere depressive Episoden vorgelegen, weshalb sie auch in der D. ____, hospitalisiert gewesen sei. Seit Anfang 2008 sei keine Hospitalisation mehr nötig gewesen, und so sei von einer Teilremission der depressiven Symptomatik auszugehen (Urk. 8/76 S. 18 Mitte Ziff. 8.5). Daher diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige

rezidivierende depressive Episode und eine Dysthymia (Urk. 8/76 S. 12 Ziff. 5.1).

5.2 Zusammenfassend kann den Ausführungen und der Beurteilung im Gutachten vom 7. Dezember 2009 (Urk. 8/76) gefolgt werden, und erweisen sich die gemachten Ausführungen als schlüssig.

Namentlich ist überzeugend dargetan worden, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Postverteilung als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit andauernd zu zirka 30 bis 40 % arbeitsunfähig ist (Urk. 8/76 S. 16 Ziff. 7.1, Ziff. 7.3). Die Beschwerdegegnerin ging von einem Mittelwert von 35 % aus (Urk. 2 S. 3 oben), was nicht zu beanstanden ist.

Auf die Berichte der D. ___ kann bereits aus den oben erwähnten Gründen (E. 5.1) nicht abgestellt werden. Diese Berichte erwecken sodann den Anschein, dass sie die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin übernommen und damit faktisch an die Stelle einer eigenen, objektivierten Beurteilung gesetzt haben ohne kritische Hinterfragung der Ausführungen der Beschwerdeführerin. Sodann ergriffen die Ärzte der D. ___ Partei für die Beschwerdeführerin (Urk. 8/68 S. 1 unten f.), was der Beweiskraft ihrer Berichte abträglich ist.

Auch der Bericht von Dr. I. ___ (Urk. 8/77) kann vorliegend nicht berücksichtigt werden, da dieser nicht nachvollziehbar begründet ist.

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es hätte eine neue orthopädische Beurteilung durchgeführt werden müssen (Urk. 1 S. 4 unten Ziff. 3), ist unbegründet. Im C. ___-Gutachten, auf welches die Beschwerdeführerin verwies, erfolgte eine solche und führten die Gutachter aus, die Einschränkungen aus orthopädischer (20 %) und aus psychiatrischer Sicht (30 %) seien nicht additiv, da die gleichen Abschnitte zum Einlegen von Pausen und/oder zur Wahrnehmung eines langsameren Arbeitstempos verwendet werden könnten (Urk. 8/32/18 unten Ziff. 6.2). Die seither eingetretenen somatischen Beschwerden wurden bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Gutachten vom 7. Dezember 2009 durchaus berücksichtigt. Die Experten verwiesen dabei auf das C. ___-Gutachten (Urk. 8/76 S. 18 oben Ziff. 8.5), in welchem von einer polydisziplinären Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgegangen wurde (Urk. 8/32/18 unten Ziff. 6.2) und gingen im Vergleich zum C. ___-Gutachten von einer eingetretenen leichten Verschlechterung (beginnende Chronifizierung) aus. Deshalb attestierten sie eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 30 bis 40 % (Urk. 8/76 S. 18 oben Ziff. 8.5), was nachvollziehbar und schlüssig erscheint. Anhaltspunkte für eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit aus organischen Gründen sind den Akten nicht zu entnehmen.

E. 6

6.1 Zu prüfen bleiben somit die erwerblichen Auswirkungen der Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin.

Die Beschwerdeführerin ist bei der Invaliditätsbemessung als Teilerwerbstätige zu behandeln (vorstehend E. 3). Damit ist nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung vorerst die Invalidität im erwerblichen Bereich zu ermitteln. Nach der Rechtsprechung (vorstehend E. 1.3) ist die Einschränkung im erwerblichen Bereich nach der Methode des Einkommensvergleichs auf Grundlage der Teilerwerbstätigkeit, welche die Beschwerdeführerin ohne Behinderung ausüben

würde (hier: 78 %), zu ermitteln. Diese Einschränkung im erwerblichen Bereich ist anschliessend bei der Festsetzung der Gesamtinvalidität nicht voll in Anschlag zu bringen, sondern gewichtet mit einem dem Teilarbeitspensum entsprechenden Anteil zu berücksichtigen (BGE 125 V 152 Erw. 4 mit Hinweisen).

6.1 Gemäss Arbeitgeberbericht vom 17. September 2009 erzielte die Beschwerdeführerin ab April 2006 ein Einkommen in der Höhe von Fr. 3'270.-- pro Monat (Urk. 8/11 Ziff. 12), was ein Jahreseinkommen von Fr. 42'510.-- (Fr. 3'270.-- x 13) ergibt. Weiter hatte die Beschwerdeführerin in ihrer Nebentätigkeit als Raumpflegerin (drei Stunden pro Woche) gemäss Arbeitgeberbericht vom 7. September 2006 im Jahre 2006 einen Stundenlohn von Fr. 27.-- (Urk. 8/10 Ziff. 12, Ziff. 16). Dies ergibt ein Jahreseinkommen von Fr. 4'212.-- (3 Stunden x 27 x 52). Zusammengerechnet erzielte die Beschwerdeführerin somit ein Einkommen von Fr. 46'722.--. Angesichts der Aufrechnung auf das Jahr 2007 beläuft sich das Einkommen unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1.6 % (Die Volkswirtschaft 7/8-2011, S. 99, B9.3) auf Fr. 47'470.-- (Fr. 46'722.-- x 1.016). Damit ist von einem Valideneinkommen von Fr. 47'470.-- auszugehen.

6.2 Da die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 65 % arbeitsfähig ist und das Anforderungsprofil der angestammten und angepassten Tätigkeit übereinstimmt, ist bei der Berechnung des Invalideneinkommens auf E. 6.1 zu verweisen. Wie dort dargelegt, erzielte die Beschwerdeführerin in einem Pensum von 78 % ein Valideneinkommen von Fr. 47'470.--. Damit ergibt sich in einem Pensum von 65 % ein Invalideneinkommen von Fr. 39'558.--.

6.3 Die Beschwerdegegnerin nahm keinen leidensbedingten Abzug vor, was aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit noch zu 65 % arbeitsfähig ist, nicht zu beanstanden ist. Mit einer Einschränkung von 35 % ist den Leiden der Beschwerdeführerin genügend Rechnung getragen. Dies insbesondere auch in Bezug auf die somatischen Beschwerden, da die Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Postverteilung eine leichte Tätigkeit darstellt und somit leidensangepasst ist.

6.3 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 47'470.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 39'558.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 7'912.--, was einen Teilinvaliditätsgrad von rund 17 % ergibt.

7.1

7.1 Zur Beurteilung der Beeinträchtigungen im Haushaltsbereich monierte die Beschwerdeführerin das Fehlen einer Abklärung vor Ort durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 4 oben).

7.2 Ein Abklärungsbericht vor Ort ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Bestimmung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten. Leidet die versicherte Person an einer psychischen Störung oder steht die psychische Erkrankung im Vordergrund, kommt den ärztlichen Stellungnahmen zu den gesundheitlich bedingten Einschränkungen erhöhtes Gewicht zu. Stehen die Ergebnisse der Abklärung vor Ort dazu im Widerspruch, kommt in der Regel der fachmedizinischen Einschätzung der Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, Vorrang zu.

Denn für die Abklärungsperson ist es häufig nur beschränkt möglich, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 und 9C_299/2008 vom 3. Dezember 2008 E. 3.2).

7.3 Da vorliegend die psychische Beeinträchtigung klar im Vordergrund steht und eine über den Wert von 35 % hinaus gehende Einschränkung aus körperlichen Gründen nicht geltend gemacht wurde oder ersichtlich ist, konnte die Beschwerdegegnerin auf das Einholen eines Abklärungsberichtes verzichten. Mithin sprechen sich die aufliegenden psychiatrischen Berichte hinreichend zur Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushalt aus und erscheint ein entsprechender Abklärungsbericht als entbehrlich.

7.4 Zusammenfassend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung von Dr. J. ___ abzustellen, welcher von einer Einschränkung im Haushalt von 35 % ausgeht (Urk. 8/78/5). Dies erscheint als wesentlich zu Gunsten der Beschwerdeführerin gewertet, gingen doch die Gutachter des C. ___ von einer Einschränkung im Haushalt von lediglich 10 % aus (Urk. 8/32/19 Ziff. 6.4) und ist seither nur eine geringgradige Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen (vgl. Urk. 8/76 S. 18 oben Ziff. 8.5).

Da damit ergibt sich eine Teilinvaliditätsgrad von 7.7 % ($35 \% \times 0.22$).

8. Nach dem Gesagten ergibt sich ein Gesamtinvaliditätsgrad rund 25 % ($17 \% + 7.7 \%$), bei welchem Wert die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

9.

9.1 Bei der Beschwerdeführerin sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss Art. 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (Urk. 3/4), weshalb ihr in Bewilligung des Gesuchs vom 25. Mai 2010 die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen ist.

9.2 Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 25. Mai 2010 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Stadt Zürich, Soziale Dienste, Rechtsdienst SOD
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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