

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01099 vom 31. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01099 du 31 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01099 del 31 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von

erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen. Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst

genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5. Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, BGE 122 V 160 f. Erw. 1c, je mit Hinweisen; zum ärztlichen Gutachten vgl. auch Meyer-Blaser in: H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 2

2.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine (ganze) Rente, hat.

2.2. Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss ihren Abklärungen sei die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Störung leicht eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der somatischen Probleme sei sie seit dem Jahr 2005 zu 20 % arbeitsunfähig (das heisse 20%ige Leistungseinbusse während 100 % Präsenzzeit) in ihrer bisherigen Tätigkeit als Damencouiffeuse sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit. Es gebe aus versicherungsmedizinischer Sicht keinen Grund, weshalb nicht auf das psychiatrische Obergutachten von D. ___ vom 23. April 2010 abgestellt werden sollte. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 45'600.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 36'480.-- ergebe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'120.-- resp. ein Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 2).

2.3. Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, bei der Wertung des Gutachtens von D. ___ vom 23. April 2010 sei zu berücksichtigen, dass es sich dabei eigentlich um eine unzulässige „second opinion“ handle. Wenn die Beschwerdegegnerin tatsächlich relevante Fragen im Rahmen der Erstbegutachtung vergessen hätte, wäre dieses Gutachten mittels Zusatzfragen zu ergänzen gewesen. Auch sei das Zweitgutachten ohne Rücksprache mit der behandelnden Ärztin oder den Vorgutachtern erstellt worden. Gerade bei angeblich inkonsistenter Aktenlage und sehr wechselhaftem Verlauf wie bezüglich depressiver Episode und damit korrelierender ADHS-Problematik sei dies unverständlich und eine Verkennung der potentiellen Stärken der Hausarztberichte. In Übereinstimmung mit der Beurteilung der

behandelnden Ärztin A.____ sowie dem psychiatrischen Teilgutachten von C.____ vom 17. Oktober 2009 sei sie aktuell und bis auf Weiteres lediglich im Rahmen eines Arbeitsversuches teilweise arbeitsfähig und somit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu 100 % erwerbsunfähig (Urk. 1 Seite 7). Was den Verlauf betreffe, so sei davon ausgehen, dass durchgehend seit einem Jahr vor der Anmeldung ihres Leistungsanspruches bei der Beschwerdegegnerin am 7. Februar 2006 eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von über 70 % bestanden habe (Urk. 1 Seiten 7 und 8).

3.1.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1.1 Das hiesige Sozialversicherungsgericht kam in seinem Urteil vom 8. Dezember 2008 in Sachen der Parteien (Prozess Nummer IV.2007.00347 [Urk. 11/51]) zum Schluss, dass sich aufgrund der medizinischen Akten nicht schlüssig beurteilen lasse, ob ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliege sowie ob und in welchem Ausmass sich dieses auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auswirke (Urk. 11/51/9). In somatischer Hinsicht bestehe kein Anlass zu weiteren Abklärungen, da insgesamt aus den Akten keine schwerwiegende rein körperliche Symptomatik hervorgehe und kein organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden habe festgestellt werden können (Urk. 11/51/11). Dementsprechend hob das Sozialversicherungsgericht die damals angefochtene Verfügung vom 1. Februar 2007 auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese die kompletten Krankengeschichten sämtlicher im Verlauf und aktuell behandelnden Ärzte einhole und anschliessend ein neutrales psychiatrisches Obergutachten veranlasse (Urk. 11/51/11).

3.2

3.2.1.1.1.1.1 Im daraufhin von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht von Y.____ vom 19. März 2009 erhob dieser unter dem Titel «Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» eine Myopia magna beidseits und eine Presbyopie beidseits. Er habe die Beschwerdeführerin letztmals am 5. Februar 2007 untersucht. Seither habe wahrscheinlich keine Kontrolle mehr stattgefunden (Urk. 11/56/5). Von ihm sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Beschwerdeführerin brauche eine Brille oder Kontaktlinsen. Damit sollte eine Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Es sollten alle Tätigkeiten möglich sein, ausgenommen solche, die eine gewisse Sehschärfe erfordern, zum Beispiel Pilotin oder Buschauffeurin etc. (Urk. 11/56/6).

3.2.2.1.1.1.1 Der Hausarzt, Z.____, diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2009 (1) Migräne sowie Spannungskopfschmerzen mit zum Teil Schwindelanfällen, (2) wiederholte depressive Episoden mit somatischen Beschwerden, (3) eine Cervicobrachialgie, ein thorakovertebrales Syndrom sowie ein lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und Fehlhaltung sowie (4) eine Rhinitis allergica und Asthma (Urk. 11/57/6). Die Beschwerdeführerin sei vom 15. Februar 2005 bis 30. Juni 2006 zu 100 %, vom 1. Juli bis 6. September 2006 zu 50 %, vom 7. September bis 19. November 2006 zu 100 %, vom 20. November 2006 bis 20. April 2008 zu 50 %, vom 21. April bis 9. Mai 2008 zu 100 % und vom 10. Mai 2008 bis heute zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. In Anbetracht der Beschwerden könne wahrscheinlich mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von 50 % gerechnet werden. Wegen der Nacken- und Armschmerzen sollte die Beschwerdeführerin keine Arbeiten über dem Kopf leisten sowie keine schweren Gewichte heben. Wegen

fremdanamnestischen Auskünfte von A.____ und nach eingehendem Studium der Aktenlage und des bisherigen Verlaufes gehe er davon aus, dass die restliche Arbeitsfähigkeit von 30 % in einem Arbeitsversuch realisiert werden sollte. Im Rahmen dieses Wiedereingliederungsversuches sollte die Beschwerdeführerin dann noch einmal in einem Jahr neu begutachtet werden, damit sie neu beurteilt werden könne (Urk. 11/62/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gesamtmmedizinisch sei von einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen (Urk. 11/62/16).

3.2.6 Ä Ä Am 30. Oktober 2009 nahm E.____, FMH Allgemeinmedizin, vom RAD zu diesem Gutachten Stellung. Sie führte aus, dieses beantworte die gestellten Fragen, berücksichtige die beklagten Beschwerden, sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einigermassen einleuchtend. Einzig die Schlussfolgerungen würden in nicht ganz nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Angesichts der wenig pathologischen psychiatrischen Befunde sei eine aktuelle mittelgradige Ausprägung der depressiven Episode mit konsekutiver 70%iger Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht schwierig nachvollziehbar. Zudem seien die Inkonsistenzen bei den neurologischen Befunden auffällig. Weiter sei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Gutachten nicht enthalten (Urk. 11/65/5). Sie schlage eine psychiatrische Oberbegutachtung mit genauer Befunderhebung, Testung der Depressivität und Überprüfung der medikamentösen Compliance (Blutspiegelkontrollen) sowie Zumutbarkeit der Auferlegung einer Schadenminderungspflicht hinsichtlich verbesserter Leistungsfähigkeit vor (Urk. 11/65/6).

3.2.7 Ä Ä Im - von der Beschwerdegegnerin daraufhin beigezogenen - psychiatrischen Obergutachten von D.____ vom 23. April 2010 diagnostizierte dieser eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit leichter depressiver Symptomatik und Status nach zwei schweren Schicksalsschlägen (Urk. 11/64/14). Aufgrund der erhobenen Befunde und unter Einbezug der Vorgeschichte sowie der vorhandenen Arztberichte sei davon auszugehen, dass seit dem Verlust der Arbeitsstelle 2005 keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mehr vorhanden gewesen sei. Die Beurteilung werde durch die Inkonsistenzen in den Arztberichten erschwert. Abgesehen von zeitlich begrenzten Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes mit reduzierter Arbeitsfähigkeit sei davon auszugehen, dass im Mittel eine Arbeitsfähigkeit von 80 % seit 2005 bestanden habe. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei allenfalls etwas eingeschränkter Leistungsfähigkeit. In einer solchen Tätigkeit sollten kein besonders hoher Anspruch an die Konzentration gestellt werden, eine gewisse Fehlertoleranz bestehen, Pausen eingeschaltet werden können und eine einfache möglichst selbstständig auszuführende Arbeit ohne allzu hohe Ansprüche an die Teamfähigkeit möglich sein. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen könne erwartet werden (Urk. 11/64/20).

3.2.8 Ä Ä In den Akten liegen im Weiteren die - im Rahmen des Vorbescheid- resp. Beschwerdeverfahrens eingereichten - Berichte resp. Stellungnahmen von A.____ an die Beschwerdegegnerin vom 6. September 2010 (Urk. 11/71) sowie an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 17. Februar 2011 (Urk. 17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrem Bericht vom 6. September 2010 diagnostizierte A.____ eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), eine ADHS (ICD-10 F90.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0 [Urk. 11/71/1]). Es bestehe deswegen aktuell bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Urk. 11/71/1). Im Weiteren nahm sie zum Gutachten von D.____ vom 23. April 2010 Stellung, wobei sie sich auf den Standpunkt stellte, dieser habe mit seinen Diagnosen nur einen Teilaspekt des Störungsbildes erfasst (Urk. 11/71/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 17. Februar 2011 (Urk. 17) äusserte sich A.____ insbesondere zu den vom Bundesgericht formulierten Morbiditäts- resp. Foersterkriterien (vgl. Erwägung 1.1).

3.3

3.3.1 Ä Ä Das bidisziplinäre Gutachten vom 17. Oktober 2009 (Urk. 11/62) basiert auf (für die streitigen Belange) umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

3.3.2 Ä Ä B.____ hat in seinem neurologischen Gutachten detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Unter dem Titel «Beurteilung» führte er aus, es sei anhand der Anamnese sowie der zur Verfügung stehenden Unterlagen eine Migräne ohne Aura als wahrscheinlich anzunehmen (Urk. 11/62/7). Für die zusätzlich von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und Beeinträchtigungen liessen sich keine sicheren organischen Ursachen abgrenzen (Urk. 11/62/7-8). Diskrepant zu ihrer Angabe, unter starken Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule zu leiden, könne ein Zervikalsyndrom oder ein Lumbovertebralsyndrom nicht objektiviert werden. Der Tonus der Muskulatur paravertebral sei nicht erhöht, und es fänden sich auch keine Myogelosen. Die Beweglichkeiten der Wirbelsäule, auch im Halswirbelsäulenbereich, seien allesamt bei der abgelenkten Beschwerdeführerin voll gegeben. Auch eine Beeinträchtigung im Bereich der Handgelenke und der Hände lasse sich bei ihr nicht feststellen. Es hätten sich insbesondere klinisch keine Anhaltspunkte für - über eine geringfügige arthrotische Veränderung hinausgehende - knöchernen Veränderungen ergeben. Eine zusätzlich durchgeführte elektrophysiologische Untersuchung des Nervus Medianus links sei unauffällig gewesen, ein Carpaltunnelsyndrom (CTS) habe ausgeschlossen werden können. Anhand der Anamnese seien auch die Laboruntersuchungen im Hinblick auf ein rheumatologisches Leiden negativ gewesen. In der Untersuchung falle eine Verdeutlichungstendenz auf. Von einer Fibromyalgie könne ebenfalls nicht gesprochen werden, zumal zwar sämtliche Fibromyalgiepunkte als druckschmerzhaft angegeben würden, die Kontroll- oder auch «Placebo»-Punkte seien aber ebenfalls allesamt druckschmerzhaft. In einem Schreiben des Hausarztes Z.____ vom 15. Mai 2009 würden unter den Diagnosen eine Zervikobrachialgie, ein thorakovertebrales Syndrom sowie ein lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und Fehllhaltung unter den Diagnosen aufgeführt. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten sich bei der Beschwerdeführerin keine entsprechenden klinischen Befunde, welche eine relevante Beeinträchtigung im Bereich der Wirbelsäule mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit begründen könnten, erheben lassen. Damit sei nicht gesagt, dass intermittierend bei der Beschwerdeführerin nicht ein Zervikal- oder ein Lumbovertebralsyndrom vorliegen könne, immerhin seien bei ihr degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und auch eine Fehllhaltung

dokumentiert. Die Intensität der Beschwerden sei allerdings relativiert durch den aktuell blanden Befund sowie aber auch durch die Art, wie sie ihre Beschwerden zur Darstellung bringe. Auch im Hinblick auf die Sehfähigkeit schildere die Beschwerdeführerin eine deutliche Beeinträchtigung. Der Augenarzt Y. ___ bestätige aber in seinem Bericht vom 19. März 2009 keine Arbeitsunfähigkeit, sondern unterstreiche, dass mit einer Brille oder Kontaktlinsen die Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 11/62/8).

3.3.3.1 Diese Feststellungen von B. ___ stimmen mit den von ihm erhobenen klinischen Befunden (Urk. 11/62/6), den Ergebnissen der von ihm durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung (Urk. 11/62/7) sowie ferner auch mit den Ergebnissen der am 19. März und 2. April 2009 im Institut I. ___ vorgenommenen bildgebenden Abklärungen (Urk. 11/57/8-9) grundsätzlich überein. Seine Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin wegen der intermittierenden Kopfschmerzen sowie möglicher intermittierender zervikobrachialer Schmerzen in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse zu maximal 20 % beeinträchtigt ist (Urk. 11/62/8-9), erscheint mit Blick auf die weitestgehend unauffälligen Befunde sehr grosszügig bemessen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsgepassten Tätigkeit hat sich B. ___ nicht explizit geäussert. Nach dem Gesagten kann indessen - nach wie vor (Urk. 11/51/10-11) - davon ausgegangen werden, dass aus somatischer Sicht zumindest in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überkopparbeiten keine erhebliche Beeinträchtigung besteht.

1 1 1 1 1 1 1 1 Dies gilt umso mehr, als nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatz der Selbsteingliederung die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Invalidität bestmöglich zu mildern, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten (BGE 127 V 297 f. E. 4b/cc mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin unterzieht sich zwar regelmässig (einmal pro Woche) einer Physiotherapie und nimmt offenbar regelmässig Schmerzmedikamente ein. Eine spezifische (Basis-)Medikation zur Behandlung der Migräne wurde aber bislang noch nicht etabliert (Urk. 11/68/8). Sodann fand bislang noch keine stationäre Behandlung statt und ist eine aktive muskuläre Trainingstherapie nicht dokumentiert.

3.3.4.1 In seinem Urteil vom 8. Dezember 2008 hatte das Sozialversicherungsgericht zum damals vorliegenden Bericht von Z. ___ vom 6. April 2006 (Urk. 11/21/3-6), in welchem er der Beschwerdeführerin für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine höchstens 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, ausgeführt, er habe bei seiner Beurteilung eine allfällige psychische Problematik zumindest stark miteinbezogen. Angesichts der von ihm erhobenen, nicht allzu schwerwiegenden körperlichen Befunde sei diese Beurteilung aus rein somatischer Sicht jedenfalls nicht nachvollziehbar (Urk. 11/51/10-11). Ebenso verhält es sich bei der Einschätzung von Z. ___ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2009 (Urk. 11/57/6-7).

3.3.5.1 C. ___ führte in seinem psychiatrischen Gutachten (Urk. 11/62/9-16) aus, aufgrund der von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde, der Angaben der Beschwerdeführerin sowie der Aktenlage müsse festgestellt werden, dass bei ihr seit längerem eine depressive Grundstimmung vorherrsche. Sie seit heute niedergeschlagen, habe Schlafstörungen, einen verminderten Appetit, immer wieder Suizidgedanken, zeige

einen Interessenverlust, einen sozialen Rückzug, leide dauernd unter Schmerzen, wirke anhedon, in ihrer Affektivität wenig schwingungsfähig. Auch müsse sie als erschöpft, vorzeitig gealtert beurteilt werden. Gemäss ICD-10 würden die Kriterien für die Beurteilung einer mittelgradigen depressiven Episode eindeutig erfüllt. Hinsichtlich der Schmerzproblematik müsse eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden, lässen doch nicht genügend somatische Gründe vor, um die Schmerzen damit zu erklären. Auch hätten die bisherigen Massnahmen nicht die entsprechenden Erfolge gezeigt, und es liege eine begleitende Depressivität vor. Diese sei aber sicherlich vorher schon vorhanden gewesen. Die Erschöpfungssymptomatik müsse im Sinne einer Neurasthenie diagnostiziert werden. Zur ADHS-Problematik, welche A. erwähne, sei festzustellen, dass dafür keine sicheren Anhaltspunkte in der klinischen Untersuchung hätten gefunden werden können. C. kam, wie erwähnt, zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der beschriebenen Symptomatik und der Diagnosen zu 70 % in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 11/62/15).

3.3.6. Wie E. in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2009 (Urk. 11/65/5, vgl. Erwägung 3.2.6) zu Recht bemerkte, kann aus den von C. gestellten Diagnosen nicht ohne Weiteres auf das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert (vgl. Erwägung 1.1) geschlossen werden. So sind mittelgradige depressive Episoden praxistypischermassen nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichtes I 905/06 vom 8. Mai 2007 E. 3.2 mit Hinweisen). Eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) ist sodann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes eindeutig den somatoformen Störungen zuzurechnen und gehört in den gleichen Syndromenkomplex wie Konversionsstörungen, Somatisierungsstörungen, Schmerzstörung, Hypochondrie etc. (Urteile des Bundesgerichtes I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5 und 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2). Mithin wäre sowohl bei der von C. diagnostizierten Neurasthenie, als auch bei der von ihm im Weiteren erhobenen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) nach den von der Rechtsprechung formulierten Kriterien zu prüfen gewesen, inwiefern die Beschwerdeführerin über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, mit dem Leiden umzugehen und trotzdem zu arbeiten (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2). C. äusserte sich zu diesen Kriterien nicht, obschon der ärztlichen Stellungnahme in dieser Hinsicht rechtsprechungsgemäss Bedeutung zukommt (Urteil des Bundesgerichtes 9C_408/2010 vom 22. November 2010 E. 5.2 mit Hinweisen). Das psychiatrische Gutachten von C. lässt sodann die vom Neurologen B. festgestellten Inkonsistenzen (vgl. Erwägung 3.4.1) in der Tat gänzlich ausser Acht, und es enthält auch keine Angaben zum Beginn der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit und deren Ausprägung im weiteren Verlauf bis zum Zeitpunkt der Begutachtung.

3.3.7. Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit

von medizinischen Erhebungen zu. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruches von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (Urteil des Bundesgerichtes 8C_957/2010 vom 1. April 2011 E. 6.1 mit Hinweisen).

Ein solcher Fall liegt hier - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Seite 7) - nicht vor. Nach dem Gesagten erscheint es zumindest vertretbar, dass die Beschwerdegegnerin zur Vervollständigung des medizinischen Sachverhaltes eine psychiatrische Oberbegutachtung veranlasst hat.

3.4

3.4.1 Das psychiatrische Gutachten von D.____ vom 23. April 2010 (Urk. 11/64) basiert auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben. Er hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen grundsätzlich nachvollziehbar begründet.

3.4.2 In diagnostischer Hinsicht erhob D.____, wie erwähnt, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit leichter depressiver Symptomatik und Status nach zwei schweren Schicksalsschlägen (Urk. 11/64/14), was mit den von ihm erhobenen Befunden (Urk. 11/64/12) in Einklang steht. Bezüglich der von der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten Kriterien äusserte er sich dahingehend, dass keine psychische Komorbidität bestehe und die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Laut der behandelnden Psychiaterin könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Bislang habe noch keine stationäre Schmerzbehandlung in einer spezialisierten Institution stattgefunden. Im Vergleich zur Intensität von früher gepflegten sozialen Kontakten sei ein gewisser Rückzug festzustellen, jedoch nicht in allen Belangen des Leben. Die Beschwerdeführerin halte zumindest die Beziehung zu einer guten Freundin aufrecht, sie nehme aktiv am Leben ihrer Kinder teil und sie pflege, so gut es gehe, Kontakte mit den Angehörigen in ihrer Heimat. Die Beschwerdeführerin empfinde eine grosse Diskrepanz zwischen ihren Fähigkeiten vor und nach dem Ausbruch der Krankheit. Aus ihrer Sicht habe sie ihr Leben früher trotz vieler Schwierigkeiten gut gemeistert, habe Verantwortung übernommen und immer versucht, alles perfekt zu machen. Seit Krankheitsbeginn gehe jedoch aus ihrer Sicht nichts mehr. Sie betone, dass sie selber am besten wisse, was sie noch tun könne und was nicht. Diese ultimative und verallgemeinernde Formulierung könne als Indiz für einen gewissen primären Krankheitsgewinn gewertet werden. In ihrer innerpsychischen Verarbeitung würden die erlebten Probleme als unüberwindbar gewertet, und damit bestehe auch keine Möglichkeit mehr, sich mit Lösungen auseinander zu setzen. Die Konflikte blieben so unverändert bestehen, aber zumindest erhalte die Beschwerdeführerin eine psychisch entlastende Erklärung. Damit sei aber keinesfalls gesagt, dass hier ein nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf vorliege, der therapeutisch nicht mehr angegangen werden könne. Nachdem sich die Beschwerdeführerin bei der ersten Therapeutin nicht verstanden gefühlt habe, profitiere sie nun von der aktuellen Behandlung, in der sie seit zwei (richtig: [im Zeitpunkt

der Begutachtung] rund drei Jahren) stehe. Eine kooperative Haltung sei gegeben. Es müsse von einer gewissen Symptomausweitung ausgegangen werden. Die beklagten Symptome ständen zwar in Zusammenhang mit der ausgeübten Tätigkeit, seien aber mehr oder weniger permanent vorhanden. Es seien kaum Strategien zur Symptomkontrolle erkennbar, die Beschwerdeführerin bestehe explizit darauf, dass eine Besserung nicht möglich sei. Bislang seien aus ihrer Sicht alle Behandlungen erfolglos gewesen. Bisherige Aktivitäten inklusive wichtiger sozialer Kontakte würden den Symptomen tendenziell untergeordnet. Die Bereitschaft, die Leistungsfähigkeit probenhalber auszuweiten, sei stark eingeschränkt. Diese Selbstlimitierung erschwere es, Leistungsgrenzen auszuloten, wodurch die Gefahr bestehe, dass die tatsächliche Leistungsfähigkeit unterschätzt werde und weiter abnehme. Als die Symptomausweitung bahnende Umstände seien der Verlust der Arbeitsstelle und der persönlichen Kompetenz, bislang ausgebliebene Fortschritte durch medizinische Behandlungen etc. zu nennen. Direkte Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation beständen hingegen nicht (Urk. 11/64/18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser Feststellungen sowie in einlässlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten (Urk. 11/64/18-19) kam D.____ zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht seit Februar 2005, abgesehen von zeitlich begrenzten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes mit reduzierter Arbeitsfähigkeit, in der angestammten Tätigkeit eine 80%ige und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (bei allenfalls etwas verminderter Leistungsfähigkeit) bestanden habe resp. bestehe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beurteilung erscheint aufgrund der nachfolgenden Erwägungen überzeugend.

3.4.3Ä Ä F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin vom 6. Dezember 2004 bis ca. Mitte 2006 (Urk. 11/58/3) psychiatrisch behandelt hatte, hatte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 21. März 2006 eine seit etwa 2003 bestehende schwere depressive Störung mit somatischen Beschwerden diagnostiziert (Urk. 11/20/1). Wie D.____ zu Recht bemerkte, lässt sich der erhobene Schweregrad aufgrund der von ihr angeführten Befunde (Urk. 11/20/2) aber nicht nachvollziehen (vgl. Urk. 11/51/8). G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die Beschwerdeführerin am 28. Februar 2006 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers untersucht hatte, erhob in seinem psychiatrischen Gutachten vom 2. Mai 2006 eine lediglich diskrete unterschwellige depressive Symptomatik, allerdings unter antidepressiver Medikation (Urk. 11/27/6-7). A.____ stellte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 20. Juni 2009 ein bei Behandlungsbeginn (Januar 2007) bestehendes depressives Syndrom fest, welches im Verlauf remittiert sei. Im Weiteren führte sie an, erst nach der Remission des depressiven Syndroms habe ein ADHS als eigenständige Störung, welche bei der Beschwerdeführerin entsprechend eigenanamnestischer Angaben bereits in der Jugendzeit auffällig gewesen sei, abgegrenzt werden können. Zudem bestehe weiterhin eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0 [Urk. 11/58/3]). In ihrem Bericht vom 6. September 2010 (Urk. 11/71) erhob sie nebst diesen beiden Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). In ihrer Stellungnahme vom 17. Februar 2011 (Urk. 17) führte sie - zum Kriterium des Bestehens einer komorbiden psychischen Störung - aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit der Kindheit eine schwere neurotische Fehlentwicklung mit dem klinischen Bild einer Hysterie und einer chronischen ängstlich-depressiven Störung. Diese Störung sei

bereits in der Kindheit klinisch manifest geworden und bestehe im Kern bis heute fort mit erheblicher Schwere und Ausprägung. Entsprechend psychiatrischer Diagnostik nach ICD-Kriterien liege jetzt im Erwachsenenalter eine rezidivierende depressive Störung vor. Diese Diagnose müsse zusätzlich gestellt werden neben den Diagnosen einer Somatisierungsstörung sowie einer Neurasthenie. C. ___ diagnostizierte im psychiatrischen Teil des Gutachtens vom 17. Oktober 2009, wie erwähnt, nebst einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) eine ängstlich gefärbte depressive Episode mittleren Grades (ICD-10 F32.1) sowie eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0 [Urk. 11/62/13]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä D. ___ hat begründet dargetan, dass und weshalb die Diagnosen einer ADHS sowie einer Neurasthenie nicht bestätigt werden können (Urk. 11/64/16). Anzuführen ist, dass auch C. ___ in der klinischen Untersuchung vom 23. September 2009 keine sicheren Anhaltspunkte für das Bestehen einer ADHS gefunden hatte (Urk. 11/62/1 und Urk. 11/62/15). Sodann erwähnte A. ___ in ihrer Stellungnahme vom 17. Februar 2001 (Urk. 17) die Diagnose einer ADHS (im Erwachsenenalter) selbst nicht mehr. Die diagnostische Kategorie Neurasthenie sollte sodann - wie A. ___ in ihrem Bericht vom 6. September 2010 noch zutreffend bemerkt hatte (Urk. 11/71/3) - erst nach Ausschluss einer depressiven Erkrankung oder einer Angststörung verwendet werden (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage 2010, Seite 210). Nach dem Gesagten gehen aber auch C. ___ und A. ___ davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine depressive Störung besteht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob die von A. ___ gestellte Diagnose einer Somatisierungsstörung zutrifft, kann offen bleiben, beurteilt sich doch deren invalidisierende Wirkung auf der Grundlage der zur somatoformen Schmerzstörung ergangenen Rechtsprechung (vgl. Erwägung 1.1).

3.4.4 Ä Ä Somit ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin seit Februar 2005 nebst einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung resp. einer Somatisierungsstörung im Wesentlichen eine depressive Störung mit leichten und mittelschweren Episoden bestand.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn dieses Leiden - mit der Beschwerdeführerin resp. A. ___ (Urk. 16 Seite 2 und Urk. 17 Seite 1) - als selbständiges von der somatoformen Schmerzstörung resp. Somatisierungsstörung losgelöstes Leiden anzusehen wäre, wiese es nach dem Gesagten die nach der Rechtsprechung erforderliche erhebliche Schwere, Ausprägung und Dauer nicht auf (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_478/2007 vom 19. Juni 2008 E. 3.3). Dies gilt umso mehr, als das Beschwerdebild - wie ärztlicherseits mehrfach festgestellt wurde (vgl. Urk. 11/51/9, Urk. 11/64/16 und Urk. 11/64/18) - in nicht unerheblichen Masse von - grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden - psychosozialen Faktoren mitbestimmt bzw. verstrickt wurde resp. wird (Urteil des Bundesgerichtes 8C_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung resp. Somatisierungsstörung müsse sich demnach aus den weiteren diesbezüglich relevanten Kriterien ergeben (vgl. Erwägung 1.1). Dazu ist zu bemerken, dass chronische körperliche Begleiterkrankungen nicht objektiv ausgewiesen sind (vgl. Erwägungen

3.3.2 - 3.3.4). Ein Rückzug aus allen Belangen des Lebens besteht nach der überzeugenden Auffassung von D.____ nicht. Wie dieser zu Recht bemerkte, kann auch nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung die Rede sein, hat sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren doch noch nie einer stationären Behandlung unterzogen. Was das Kriterium des verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlaufs einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, „Flucht in die Krankheit“) betrifft, so legte D.____ nachvollziehbar dar, dass und weshalb dieses Kriterium, wenn überhaupt, dann nur marginär erfüllt ist. Ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung liegt gemäss der zutreffenden Darstellung von D.____ zwar insofern vor, als die beklagten Symptome mehr oder weniger immer vorhanden sind und aus Sicht der Beschwerdeführerin alle Behandlungen bislang erfolglos waren (Urk. 11/64/18). Nach dem Gesagten genügt dies insgesamt aber nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht hat demnach D.____ mit seiner Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin seit Februar 2005 in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse zu 80 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (ohne besonders hohe Ansprüche an die Konzentration und Teamfähigkeit, mit gewisser Fehlertoleranz sowie mit der Möglichkeit, Pausen einzuschalten und einfache Arbeiten möglichst selbständig aufzuführen) zu 100 % (bei allenfalls etwas verminderter Leistungsfähigkeit) arbeitsfähig ist, grosszügig Rechnung getragen.

3.4.5 Ä Ä Soweit die Beschwerdeführerin gegen die Einschätzung von D.____ vorbrachte, eine gemittelte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung helfe nichts, weil offen bleibe, ob nicht dennoch zeitweise ein Rentenanspruch bestanden habe resp. bestehe (Urk. 1 Seite 7), ist zu bemerken, dass Invalidität im Rechtssinne definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die von D.____ im Rahmen seiner Einschätzung erwähnten zeitlich begrenzten Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes mit reduzierter Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/64/20) sind deshalb bei der Beurteilung der Invalidität ausser Acht zu lassen.

3.4.6 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Seite 6) resp. von A.____ (Urk. 11/71/4) kann sodann aus den weiteren Feststellungen von D.____ nicht geschlossen werden, dass sie aktuell keine verwertbare Leistung erbringen kann. Wohl wies er darauf hin, dass nach nun 5-jährigem Arbeitsunterbruch eine gewisse Dekonditionierung eingetreten sei, und empfahl, eine stationäre Behandlung durchzuführen und berufliche Massnahmen resp. Integrationsmassnahmen erst im Anschluss und nach Bewertung einer solchen Behandlung in Erwägung zu ziehen (Urk. 11/64/21). Die von ihm in seiner Beurteilung attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und 100 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit stellte er aber klar nicht unter den Vorbehalt der Durchführung einer solchen Behandlung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG richtet sich die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Nicht gesundheitlich bedingte Eingliederungshindernisse haben bei der Invaliditätsbemessung ausser Acht zu bleiben. Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit

grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Es besteht demnach ein Unterschied zwischen Krankheit und Invalidität in dem Sinne, dass auch einer kranken Person die Selbsteingliederung durch Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit obliegt, soweit und solange ihr dies aus ärztlicher Sicht zumutbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_919/2009 vom 10. Dezember 2009 E. 3).

3.4.7. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Seite 7 und Urk. 16) sind auch die - weiteren - Angaben von A. in den genannten Berichten resp. Stellungnahmen vom 20. Juni 2009 (Urk. 11/58), 6. September 2010 (Urk. 11/71) und 17. Februar 2011 (Urk. 17) nicht geeignet, die Beurteilung von D. in Frage zu stellen.

Vorab ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten resp. zur Patientin mit Vorbehalt zu wärdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Wie das Sozialversicherungsgericht bereits in seinem Urteil vom 8. Dezember 2008 in Sachen der Parteien dargelegt hat, gilt dies umso mehr, wenn sich - wie hier - eine behandelnde Ärztin stark mit den Interessen ihrer Patientin identifiziert und sich entsprechend für sie einsetzt (Urk. 11/51/9; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_648/2011 vom 19. Dezember 2011 E. 3 mit Hinweisen). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass A. bei ihrer Beurteilung massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat, ohne diese sowie ihr Verhalten kritisch zu hinterfragen. Sodann geht sie offenbar von einem bio-psychosozialen Krankheitsmodell aus, welches Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt wesentlich stärker berücksichtigt als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. Urk. 11/51/9; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_870/2010 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Schliesslich erscheint - nach wie vor (vgl. Urk. 11/51/9) - unklar, ob A. überhaupt über den für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erforderlichen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Im FMH-Ärzteindex (www.doctorfmh.ch, eingesehen am 24. Januar 2012) sowie im Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (BAG; www.medregom.admin.ch, eingesehen am 24. Januar 2012) ist jedenfalls kein solcher eingetragen, sondern lediglich vermerkt, dass A. über ein ärztliches Diplom (2005, Deutschland) verfügt, welches im November 2005 in der Schweiz anerkannt wurde.

Die Berichte von A. stellen deshalb keine zuverlässigen Beurteilungsgrundlagen dar.

3.5. Demnach kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht seit Februar 2005 zuzumuten war und ist, ihre angestammte Tätigkeit zu 80 % und eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % (bei allenfalls etwas verminderter Leistungsfähigkeit) auszuüben.

E. 4

4.1. Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

4.2.1.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach wie vor bei der K. AG als Damencoiffeuse tätig wäre und monatlich Fr. 3'800.-- verdienen würde (Urk. 11/15/2; vgl. Urk. 11/16/3). Dementsprechend bemass sie das mutmassliche Valideneinkommen (2005) mit Fr. 45'600.-- (= Fr. 3'800.-- x 12), was nicht zu beanstanden ist.

4.3.1.1

4.3.1.1 Das Invalideneinkommen setzte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin insgesamt zu 20 % arbeitsunfähig sei, auf 80 % des bisherigen Lohnes, mithin auf Fr. 36'480.-- (= 0,8 x Fr. 45'600.--), fest (Urk. 11/65/7).

Da K. AG der Beschwerdeführerin per Ende September 2005 gekündigt hat (Urk. 11/15/4), kann bei der Bemessung des Invalideneinkommens nicht vom Lohn ausgegangen werden, welchen die Beschwerdeführerin bei dieser Firma erzielt hat.

Gemäss Gesamtarbeitsvertrag für das schweizerische Coiffeurgewerbe (GAV), gültig ab 1. Januar 2004, betrug der Mindestlohn für eine gelernte Arbeitnehmerin mit Fachausweis (Berufsprüfung) Fr. 3'680.-- pro Monat (GAV Art. 40.6) resp. jährlich Fr. 44'160.-- (= Fr. 3'680.-- x 12). Bei einem zumutbaren Pensum von 80 % ergäbe sich somit ein Mindesteinkommen von Fr. 35'328.-- (= 0,8 x Fr. 44'160.--). Geht man zugunsten der Beschwerdeführerin von diesem Mindesteinkommen aus, ergäbe sich mit Blick auf das ermittelte Valideneinkommen von Fr. 45'600.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'272.-- resp. ein - nicht rentenbegründender - Invaliditätsgrad von gerundet 23 %.

4.3.2.1 Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass auch dann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad erreicht würde, wenn - mit der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Seite 7) resp. A. (Urk. 11/71/4) - angenommen würde, dass ihr die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse nicht mehr zumutbar ist.

Nach dem Gesagten (vgl. Erwägung 3.5) ist in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit (mit allenfalls etwas eingeschränkter Leistungsfähigkeit) auszugehen. In einer solchen sollten laut D. kein besonders hoher Anspruch an die Konzentration gestellt werden, eine gewisse Fehlertoleranz bestehen, Pausen eingeschaltet werden können und einfache, möglichst selbstständig auszuführende Arbeit ohne allzu hohe Ansprüche an die Teamfähigkeit möglich sein (Urk. 11/64/20).

Referenzpunkt für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit ist der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach bestimmten Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 758/02 vom 16. Juli 2003 E. 3.3 mit Hinweisen).

Selbst wenn aufgrund der von D. formulierten Anforderungen an eine behinderungsangepasste Tätigkeit angenommen wird, die Beschwerdeführerin sei zur Verwertung ihrer (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf einen Nischenarbeitsplatz angewiesen,

würde dies nicht zur Verneinung des Vorhandenseins entsprechender Arbeitsgelegenheiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt führen. Der Angebotsrecher des ausgeglichenen Arbeitsmarktes umfasst nämlich auch ausserhalb geschätzter Werkstattstellen Arbeits- und Stellenangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers zu rechnen ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 4 mit Hinweisen).

Es kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin möglich ist, ihre Restarbeitsfähigkeit (ganztags) zu verwerten.

Für die Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden. Auszugehen ist dabei von den Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI 1998 S. 291). Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor betrug im Jahr 2004 Fr. 3'893.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2004 TA1 Seite 53), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2004 (vgl. die Volkswirtschaft 12-2011, Tabelle B9.2 Seite 98) sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Frauen im Jahr 2005 von 1,1 % (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2006, Tabelle T1.2.93 Seite 31) einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'103.-- resp. einen Jahresverdienst von Fr. 49'236.-- (= Fr. 4'103.-- x 12) ergibt.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, so ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 unter Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 5b und BGE 134 V 322 E. 5.2).

4.3.3 Selbst wenn der Tabellenlohn von Fr. 49'236.-- um den maximal zulässigen Abzug von 25 % auf 36'927.-- (= 0,75 x Fr. 49'236.--) reduziert würde, ergäbe sich, ausgehend vom ermittelten Valideneinkommen von Fr. 45'600.--, eine Erwerbseinbusse von lediglich Fr. 8'673.-- resp. ein Invaliditätsgrad von 19 %.

4.4 Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin im Ergebnis zu Recht verneint (Urk. 28 Abs. 2 IVG), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

5.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 12) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.2 Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Sebastian Lorentz, machte mit Honorarnote vom 18. Januar 2012 einen Zeitaufwand von 19,25 Stunden und Barauslagen von pauschal 3 % der Aufwandentschädigung geltend, was bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-- zusätzlich 7,6 % Mehrwertsteuer auf Fr. 3'650.-- und 8 % Mehrwertsteuer auf Fr. 1'306.50.-- den Betrag von Fr. 5'338.40 ergebe (Urk. 23/2). Hierzu ist festzuhalten, dass der gerichtliche Stundenansatz Fr. 200.-- beträchtigt und der geltend gemachte zeitliche Aufwand dem Schwierigkeitsgrad des vorliegenden Falls nicht angemessen erscheint, da die zu studierenden Akten weder besonders umfangreich noch besonders komplex sind und sich auch keine schwierigen juristischen Fragen stellen. Da nach § 9 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht nur der notwendige Aufwand entschädigt wird, ist im Rahmen des gerichtlichen Ermessens die Entschädigung in Anlehnung an in vergleichbaren Fällen zugesprochene Entschädigungen auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen, wobei davon Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 7,6 %) auf die bis Ende 2010 erbrachten Leistungen und Fr. 600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 8 %) auf die ab 2011 erbrachten Leistungen entfallen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (vgl. § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Sebastian Lorentz, Zürich, wird mit Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- 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.