

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01247 vom 15. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01247](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01247)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01247 du 15 avril 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01247 del 15 aprile 2013

## 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).

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 konnte; 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).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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



1.5 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 Auskünfte 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).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

## E. 2

2.1 Streitig ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 11. Juni 2010 (Urk. 8/67) eingetreten ist. Letztmals materiell beurteilt wurde deren Gesundheitszustand mit von diesem Gericht am 7. Juni 2007 beständigem Einspracheentscheid vom 7. April 2006 (Urk. 8/22), mit welchem der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde. Zu prüfen ist somit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen dem Einspracheentscheid vom 7. April 2006 und der angefochtenen Verfügung vom 21. Oktober 2011 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat.

2.2 Das Gericht stützte sich im Urteil vom 7. Juni 2007 (Prozess Nr. IV.2006.00371, Urk. 8/28) auf die Arztberichte von Dr. F.\_\_\_\_, (Urk. 8/9/1-5), der Medizinischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2004 (Urk. 8/9/8-9) und 1. Dezember 2004 (Urk. 8/9/6-7), der Neurologischen Klinik C.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2005 (Urk. 8/7/9-10), des D.\_\_\_\_ vom 13. April 2005 (Urk. 8/7/16-19), von Dr. A.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2005 (Urk. 8/7/6-7), von Dr. med. Z.\_\_\_\_ vom 29. August 2005 (Urk. 8/7/1-5) der Psychiatrischen

Poliklinik C.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2005 (Urk. 8/11) sowie von Dr. G.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2006 (Urk. 8/26) und erkannte, dass weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliege.

2.3.1.1 Der aktuelle Gesundheitszustand sieht folgendermassen aus:

2.3.1.1 Laut Arztbericht des J.\_\_\_\_ vom 9. August 2010 (Urk. 8/72) leidet die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) und Adipositas (E66). Sie erscheine äusserlich gepflegt, sofort weinend, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der emotionalen Kontaktaufnahme sei die Beschwerdeführerin abwartend und sachlich. Im Spontanverhalten sei sie aktiv, die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert und affektiv adäquat kontrolliert. Im Gesprächsverlauf sei sie verbal mitteilungsaktiv, schildere ihr Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit dem Unfall. Kognitiv sei sie in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis unauffällig, im Denken formal beweglich und inhaltlich problemzentriert. Es beständen keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch seien deutliche Suizidgedanken und -wünsche vorhanden gewesen ohne Suizidversuch und konkreten Ausführungsplänen. Aktuell bestehe keine akute Suizidalität.

Die Beschwerdeführerin könne keine Tätigkeit über längere Zeit ausführen, sie müsse sich immer wieder hinlegen, ertrage keinen Stress und reagiere auf Belastung mit verstärkten Schmerzen/Synkopen mit Muskelkrampf.

2.3.2 Für Dr. H.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 17. August 2010, Urk. 8/73) liegt ein vielfältiges Beschwerdebild vor, es bestehe weitergehend ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt an der Wirbelsäule cervical und lumbal. Dominiert werde das Beschwerdebild jedoch durch eine Depression.

Durch die deutlich verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans seien Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten in Zwangshaltungen und mit langandauerndem reinen Stehen insbesondere in vorgebeugter Körperhaltung, alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Nackenbereich auf Grund der medizinischen Diagnosen für die Beschwerdeführerin nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere kein Heben von Lasten über 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. Um die prozentuale Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Leistungsfähigkeit ermitteln zu können, müsste ein funktioneller Leistungstest durchgeführt werden.

2.3.3 Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 3. Oktober 2010 (Urk. 8/74/1-4) (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (2) eine mittelgradige depressive Episode, (3) psychogene Anfälle (ohne Anhaltspunkte für Epilepsie), (4) Adipositas und (5) ein allergisches Exanthem. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (6) einen Status nach Hysterektomie/Adnexektomie bei Endometrium-Karzinom, (7) einen Status nach symptomatischer Cholezystolithiasis und (8) einen Status nach laparoskopischer Cholezystektomie. Die Situation bezüglich der chronischen Schmerzen der linken oder rechten Körperhälfte, bezüglich der Depression und der

Ohnmachtsanfälle mit Urinabgang habe sich seit der letzten Berichterstattung von August 2005 kaum verändert. Aktuell seien bei der Beschwerdeführerin chronische Schmerzen im rechten Hemiabdomen und im rechten Hemithorax dominierend. Es bestehe seit 26. Juni 2003 bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

2.3.4.4 Dr. I.\_\_\_\_ beschrieb im Verlaufsbericht vom 5. November 2011 (Urk. 8/77) (1) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit intermittierenden Exazerbationen schweren Grades (F32.3), (2) ein chronisches Schmerzsyndrom, (3) Adipositas, (4) einen Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen (G44.4), (5) einen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F44.5) und einen Verdacht auf dissoziative Krampfanfälle (F44.5). Der Verlauf sei sich verschlechternd: ■konstante Klagen über therapieresistente Schmerzen, Bedrücktheit, Gefühl des Nicht-mehr-weiter-Könnens, Weinerlichkeit, hypochondrische Selbstbeobachtung mit Katastrophisierung, Zukunftsängste, sozialer Rückzug im Sinne von Verlust sozialer Kompetenzen, neuerdings auch Schamproblematik wegen Inkontinentia urinae, da sie immer wieder unter sich lasse, immer wieder berichtet sie über einschliessende Szenen, in denen sie den Unfallhergang wiedererlebe, Hyperarousal, vor allem nächtlich, mit Panik und Schlafstörungen; es seien auch 'neuartige' Kopfschmerzen aufgetreten, die sich nach der Einnahme von Schmerzmitteln verschlechtern würden, als starker Hinweis auf 'MK' (Medikamenten-induzierter Kopfschmerz). Ebenso wenig liess sich die Adipositas beeinflussen.■

2.3.5.5 Dem Austrittsbericht der R.\_\_\_\_ vom 23. März 2011 (Urk. 8/88/97-101) kann entnommen werden, dass sich der stationäre Verlauf weitgehend komplikationslos gestaltet hatte. Allerdings sei es insgesamt zu fünf Sturzereignissen in regelmässigen Abständen von zwei bis drei Tagen gekommen, wobei die Beschwerdeführerin unverletzt geblieben sei. Zum Teil seien die Stürze vom Pflegepersonal oder den Therapeuten beobachtet und als ■kontrolliertes Absitzen■ beschrieben worden. Die jeweilige unmittelbar durchgeführte ärztliche Untersuchung habe eine ansprechbare, wache Beschwerdeführerin mit verzögerter oder fehlender Antwort auf konkrete Frage ergeben. Aus rehabilitativer Sicht müsse konstatiert werden, dass die Compliance bezüglich der durchgeführten und angebotenen Therapien sehr begrenzt gewesen sei. Meist seien die Einzeltherapien schon nach wenigen Minuten unter Angabe starker Schmerzen abgebrochen worden. Hierbei habe sich eine markante Diskrepanz zu den angegebenen Schmerzen und der Belastbarkeit ausserhalb der Therapien ergeben.

2.3.6.6 Im Gutachten des K.\_\_\_\_ vom 29. April 2011 werden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 8/88 S. 56 f.):

■ 1. Sonstige depressive Episode (ICD-10 F 32.8)

2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4)

DD: Unspezifische Schmerzfehlerverarbeitung (ICD-10 F 68.0)

3. Dissoziative Störungen (ICD-10 F 44.7)

4. Chronic wide spread pain

- Anamnestisch Varusgonarthrose links mit deutlicher Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes

- Beidseitige, mässige Senkspitzfüsse

-Â Â Fehlhaltung (zervikal rechts-, lumbal linkskonvexe Skoliose, verstärkte lumbale Lordose), diskrete degenerative Veränderungen lumbal und zervikal

-Â Â Status nach wahrscheinlicher Kontusion der linken Körperhälfte im Rahmen eines Autounfalls am 26.06.2003

-Â Â Status nach Hysterektomie und Andnexektomie wegen seröser Papillödem Borderline-Tumor beider Ovarien

-Â Â Status nach Cholezystektomie wegen anamnestisch symptomatischer Cholezystolithiasis■.

Â Â Â Â Â Â Â Â Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 8/88 S. 57):

■Â Â Â 5. Adipositas II (BMI = 35kg/m2)

Â 6.Â Stammvarikosis der vena saphena magna links mit chronisch venöser Insuffizienz■.

Â Â Â Â Â Â Â Â In psychiatrischer Hinsicht könne zusammenfassend angenommen werden, dass eine atypische depressive Stimmung in eher leichtem Ausmass, eine mögliche somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung oder unspezifische Schmerzverarbeitungsstörung und eine Tendenz zu dissoziativen Zuständen bei möglicher akzentuierter histrionischer Persönlichkeitsstruktur vorliegen. Objektiv sei die Symptomatik allerdings relativ gering, insbesondere lasse sich keine gravierende depressive Symptomatik feststellen. Auch die dissoziativen Zustände seien im Alltag nicht derart massiv vorhanden, dass die Beschwerdeführerin dadurch gravierend eingeschränkt sei. Bezüglich der Schmerzsituation könne allenfalls begründet werden, dass die Beschwerdeführerin bei körperlich belastenden Tätigkeiten eingeschränkt sei. Es könne dadurch allenfalls eine verminderte Belastbarkeit aufgrund der psychischen Symptomatik begründet werden, doch nicht die subjektiv angegebene Einschränkung für praktisch jegliche Tätigkeit. Allenfalls könne eine verminderte Belastbarkeit aufgrund des etwas labilen psychischen Gleichgewichts begründet werden, doch nicht Einschränkungen in der Kognition und Auffassung. Es könne wohl nachvollzogen werden, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des labilen psychischen Zustandes vermindert belastbar sei, was sich auch auf die Leistungsfähigkeit niederschlage. Aufgrund einer gewissen Verlangsamung und eines erhöhten Pausenbedarfs könne daher eine höchstens 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in jeglicher alternativer klar strukturierter Tätigkeit angenommen werden.

Â Â Â Â Â Â Â Â Die rheumatologische Untersuchung habe ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin ein inzwischen generalisiertes Schmerzsyndrom bei diskreten degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie einer mössigen Fehlform des Achsenskeletts und einer Fehlstellung im Bereich der Füsse bestehe. Die objektiven Befunde liessen jedoch das subjektiv empfundene Schmerzausmass und die dadurch bedingte Einschränkung nicht erklären. Die zum Teil diskrepanten Befunde in der klinischen Untersuchung sowie die vier positiven Waddell non organic signs liessen eine vorwiegend nicht-organisch bedingte Schmerzursache vermuten. Da lediglich sehr diskrete degenerative Veränderungen des Achsenskeletts nachweisbar seien, könnten der Beschwerdeführerin auch unter Berücksichtigung der ausgeprägten

Schmerzsymptomatik körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten zu mindestens 70 % zugemutet werden. Aufgrund der Schmerzproblematik seien körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar, zudem könne auch in einer angepassten Tätigkeit angesichts der langjährigen Schmerzsymptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % gewährt werden. Darüber hinausgehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit könnten aufgrund der vorliegenden objektiven Befunde nicht gerechtfertigt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gesamtmedizinisch kamen die Gutachter zum Schluss, dass seit Juli 2007 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten bestehe. Aufgrund der Schmerzproblematik seien körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar. In der 30%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit seien sowohl die psychiatrischen als auch die rheumatologischen Einschränkungen mitberücksichtigt.

### E. 3

3.1 Ä Ä Ä Vorab ist festzustellen, dass das Gutachten des K. \_\_\_ vom 29. April 2011 (E. 2.3.6) in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. Es basiert auf den notwendigen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Den Gutachtern standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann.

3.2 Ä Ä Ä Aufgrund der Darlegungen im K. \_\_\_-Gutachten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert hat. In somatischer bzw. rheumatologischer Hinsicht kommen die Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie einer mässigen Fehlform des Achsenskeletts und einer Fehlstellung im Bereich der Füsse vorliege. Es konnten weder in der Beweglichkeit des Achsenskeletts noch in den peripheren Gelenken relevante Einschränkungen festgestellt werden, und es lagen keine Gelenksschwellungen oder gar Synovitiden vor. Hinweise für eine radikuläre Problematik fehlten sowohl im Bereich der oberen als auch der unteren Wirbelsäule.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Feststellungen der Gutachter decken sich mit denjenigen von Dr. H. \_\_\_ (E.2.3.2), der zwar von einem vielfältigen Beschwerdebild ausgeht, welches aber weitgehend aus einem generalisierten Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt an der Wirbelsäule bestehe. Sowohl Dr. Z. \_\_\_ (E. 2.3.3) als auch die Ärzte der R. \_\_\_ nannten keine somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend kann somit davon ausgegangen werden, dass in somatischer Hinsicht kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegt.

3.3 Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht fanden die Gutachter des K. \_\_\_, dass bei der Beschwerdeführerin eine atypische depressive Störung in eher leichtem Ausmass, eine mögliche somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung oder eine unspezifische

Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine Tendenz zu dissoziativen Zuständen bei möglichlicher akzentuierter histrionischer Persönlichkeitsstruktur vorliegen. Was die Beschwerdeführerin respektive die Ärzte des J.\_\_\_\_ (Urk. 3) hiergegen vorbringen, verfährt nicht.

3.3.1.1 Vorab ist darauf hinzuweisen, dass den Berichten des J.\_\_\_\_ (vom 5. März 2009, Urk. 8/78, vom 10. März 2010, Urk. 8/79, vom 9. August 2010, Urk. 8/72) die Beweistauglichkeit von vornherein abzusprechen ist, deckt sich deren Inhalt in Bezug auf die aktuellen Beschwerden und den psychopathologischen Befund - abgesehen von der jeweiligen Anpassung an das aktuelle Alter der Beschwerdeführerin - wortwörtlich. Demzufolge liegt der Schluss nahe, dass es dem Team des J.\_\_\_\_ weniger darum ging, möglichst objektiv über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu berichten, sondern vielmehr ihren subjektiv empfundenen Zustand abzubilden. Kommt hinzu, dass die Berichte teilweise widersprüchlich sind: Im Bericht vom 9. August 2010 (Urk. 8/72) wird auf das tagesklinische Rehabilitationsprogramm vom 4. November bis 29. Dezember 2009 hingewiesen und im Austrittsbericht über das tagesklinische Programm vom 10. März 2010 (Urk. 8/79) wurde angegeben, das Programm habe - mit einem Unterbruch vom 17. November bis 3. Dezember 2009 - bis zum 15. Januar 2010 gedauert. Unter diesen Voraussetzungen ist auch die Stellungnahme des J.\_\_\_\_ vom 6. September 2011 (Urk. 3) zum Gutachten des K.\_\_\_\_ wertlos, insbesondere auch deshalb, weil auch der darin aufgeführte Psychostatus identisch ist mit demjenigen in den Arztberichten.

3.3.2.2 Zwar fand die allgemeinärztliche Untersuchung im K.\_\_\_\_ ohne Übersetzerin statt, wozu die Beschwerdeführerin allerdings ihr Einverständnis gegeben hat. Überdies beurteilte der Gutachter die Sprachfähigkeiten der Beschwerdeführerin als genügend (vgl. Urk. 8/88 S. 32). In der psychiatrischen Exploration, bei welcher eine umfassende Erhebung der Anamnese und des Psychostatus vorgenommen wurde, war eine Dolmetscherin zugegen. Die Beschwerdeführerin antwortete teilweise auf die Fragen in deutscher Sprache, ohne die Übersetzung abzuwarten (vgl. Urk. 8/88 S. 42), was darauf hindeutet, dass die Sprachkenntnisse der Beschwerdeführerin für die allgemeinärztliche Untersuchung tatsächlich genügend waren und auf eine Übersetzung hatte verzichtet werden können.

3.3.3.3 Nach ständiger Rechtsprechung begründet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent

durchgeföhrten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 in fine).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In sämtlichen vorliegenden Arztberichten wird die depressive Episode - von unterschiedlicher Schwere - immer im Zusammenhang mit therapieresistenten Schmerzen genannt, weshalb diese nicht als eigenständiges Krankheitsgeschehen angesehen werden kann. Somit sind die übrigen Kriterien zu prüfen, bei deren Vorliegen die Überwindbarkeitsvermutung hinfallig würde:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chronische körperliche Begleiterkrankungen sind ebenso wenig gegeben wie ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf - abgesehen von den organisch nicht erklärbaren therapieresistenten Schmerzen. Von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens kann nicht gesprochen werden, unterhält die Beschwerdeföhrerin doch Kontakte zu ihrer Familie und geht sie selbständig einkaufen. Sodann gibt es keinerlei Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns. Zwar nimmt die Beschwerdeföhrerin seit Jahren eine psychiatrische Behandlung in Anspruch, dem Bericht der R.\_\_\_\_ (E. 2.3.5) ist indessen zu entnehmen, dass die Compliance während der stationären Rehabilitation bezüglich der durchgeföhrten und angebotenen Therapien sehr begrenzt war, so dass auch nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeföhrten ambulanten oder stationären Behandlung auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz gesprochen werden kann. Überdies konnte anlässlich der Begutachtung nicht eruiert werden, welche Medikamente die Beschwerdeföhrerin regelmässig einnimmt, woraus zu schliessen ist, dass ihr Leidensdruck eher gering ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist keines der alternativ zur psychischen Komorbidität in Frage kommenden Morbiditätskriterien auch nur ansatzweise erfüllt. Damit erweist sich eine allfällig noch bestehende Beeinträchtigung als nicht invalidisierend.

3.4 Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend besteht mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Leistungsanspruch, und die angefochtene Verfügung, mit welcher dies festgehalten wurde, erweist sich als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde föhrt.

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sind bei der Beschwerdeföhrerin, die von der Stadt Zürich unterstützt wird (vgl. Urk. 26/2), erfüllt, weshalb ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren ist.

4.2 Ä Ä Ä Ä Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeföhrerin aufzuerlegen, jedoch

zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

§§ In Bewilligung des Gesuches vom 21. November 2011 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. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- 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.