

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00063 vom 7. Oktober 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00063](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00063)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00063 du 7 octobre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00063 del 7 ottobre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

### **E. 1.2**

Im Juni 2008 meldete sich X. \_\_\_ unter Hinweis auf ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionsstrauma, eine posttraumatische Belastungsstörung mit Migräneanfällen und Verstärkung vor bestehender Rückenschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/2). Nach Abklärungen und Durchführung des Vorbescheidverfahrens verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. Dezember 2011 einen Rentenanspruch (Urk. 8/96 = 2).

#### **E. 1.2.1**

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).

#### **E. 1.2.2**

Pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage, wie etwa eine HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (vgl. BGE 136 V 279), begründen als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass diese 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 zu treffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

### **E. 1.3**

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).

### **E. 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 Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können.

nen (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 ein ander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen 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 Darstellung 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. 1.5**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366).

### **E. 2.1**

Zu beurteilen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Rentenablehnung damit, dass bei der Beschwerdeführerin, welche seit dem Unfall vom 14. April 2007 in ihrer Arbeitsbeziehungsweise Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei, gemäss dem beim Z.\_\_\_\_ eingeholten interdisziplinären Gutachten vom 12. März 2009 (Urk. 8/35/1-35) in behinderungsangepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % bestehe. Dabei resultiere aufgrund der anwendbaren gemischten Methode der Invaliditätsbemessung (bei einem mit 85 % gewichteten erwerblichen Teil und bei einem mit 15 % gewichteten Haushaltbereich) insgesamt ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 2).

### **E. 2.3**

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass nicht auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden könne.

Abzustellen sei auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte beziehungsweise es seien weitere medizinische Abklärungen erforderlich (Urk. 1 S. 9 f., Urk. 18 S. 2 f.).

### **E. 3**

).

#### **E. 3.1**

Nach dem Unfall vom 14. April 2007 wurde die Beschwerdeführerin vom 5. November bis zum 3. Dezember 2007 stationär in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ be handelt. Bei Austritt attestierten die Klinik-Ärzte aus somatischer Sicht eine „allenfalls“ geringe Arbeitsfähigkeit , aufgrund der immer noch vorliegenden posttraumatischen Belastungsstörung jedoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Austrittsbericht vom 14. Dezember 2007, Urk. 8/14/86-90).

#### **E. 3.2**

Mit Bericht vom 26. Februar 2008 nannte die behandelnde Psychotherapeutin J.\_\_\_\_ als weitere Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F32.11 sowie eine posttraumatische Migräne. Sie berichtete über eine Re-Traumatisierung der Beschwerdeführerin in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ („schlimmere Schmerzen als zuvor“) und über einen respektlosen Umgang des Klinikpersonals (Urk. 8/14/ 75-77 ).

#### **E. 3.3**

Nach einer neuropsychologischen Untersuchung vom 19. März 2008 beschrieb Dr. med. B.\_\_\_\_ , Spezialärztin für Neurologie, speziell Verhaltensneurologie/Neuropsychologie, eine neuropsychologische Funktionsstörung ohne strukturelle Läsion. Sie empfahl vordergründig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie eine therapeutische stundenweise berufliche Tätigkeit zur Aktivierung und Belastbarkeitssteigerung sowie zur Milieuänderung (Urk. 8/14/ 51 -5

#### **E. 3.4**

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 16. April 2008 über die kreisärztliche Untersuchung vom 15. April 2008 ( Urk. 8/14/43- 50 ) fest, die Beschwerdeführerin habe über starke Migräne-Anfälle, welche einmal wöchentlich aufträten, geklagt. Daneben seien Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereiche der Scapula rechts und Vergesslichkeit angegeben worden. Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, die klinischen und bildgebenden Abklärungen nach dem Unfall hätten keine Hinweise auf eine unfallbedingte strukturelle Läsion gegeben, weshalb somatische Unfallfolgen ausgeschlossen werden könnten. Die im Zentrum stehende Migräne sei nicht als gesicherte Unfallfolge zu werten. Das Hauptproblem sei die psychische Entwicklung .

#### **E. 3.5**

Der behandelnde Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, hielt am 11. beziehungsweise 18. Juli 2008 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Status nach Unfall vom 14. April 2007 mit Zervikozephalysyndrom bei - Weichteilkontusion rechts frontal, ohne Nachweis einer intrazerebralen Blutung - Commotio cerebri und HWS-Schleudertrauma - persistierende n tempero-occipitale n Zephalgien und posttraumatische r Migräne - verminderte r kognitive r Belastbarkeit und posttraumatische r Belastungsstörung mit Angst und Schlafstörung - mittelgradige r depressive r Episode - Verstärkung vorbestehender Rücken- und Hüftschmerzen rechts - lumbospondylogenes Syndrom rechts bei - Bogenschlussanomalie im lumbosakralen Übergang - diffuse n Diskusprotrusionen median L4-S1 - Anulus fibrosus Riss L5/S1 median - rezidivierende n ISG- Blockaden rechts - Periarthropathia coxae - Tendenz zur Hüftdysplasie

Gestützt darauf attestierte Dr. D.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin seit 14. April 2007. Auch in einer angepassten Tätigkeit liege keine Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 8/12/1-10).

### **E. 3.6**

Die behandelnde Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, hielt darauf als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Migräne, ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom, verstärkte Rücken- und Hüftschmerzen sowie eine Konzentrationsstörung fest (bestehend seit 14. April 2007). Der Gesundheitszustand wurde als besserungsfähig und die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit mit einem Pensum von 20 bis 30 % aus neurologischer Sicht als zumutbar betrachtet, mit weiterer Steigerung je nach Verlauf (IV-Arztbericht vom 8. August 2008, Urk. 8/18/2-6).

### **E. 3.7**

In dem auf medizinischen Vorakten

sowie eigenen Untersuchungen vom 17. und 20. Februar 2009 beruhenden Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. März 2009 hielten Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie und Psychiatrie, Geschäftsführer und Ärztlicher Leiter, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, sowie

Dr. phil. I.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/35/29): - chronische Hüftschmerzen rechts (ICD-10 M79.64) - beginnende degenerative Veränderungen bei kongenitaler Hüftdysplasie (ICD-10 Q65.8) - anamnestisch chronisches zervikozephalisches und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts, auf orthopädischer Ebene ohne sicher fassbares Korrelat (ICD-10 M54.2) - Migräne (ICD-10 G43) - Verdacht auf beginnendes Nervus-Ulnaris-Syndrom rechts (ICD-10 G56.2) - spezifische Phobien, einerseits vorbestehend (Angst vor Liftfahrten), andererseits als Residuum einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Unfall vom 14. April 2007

In orthopädisch-traumatologischer Hinsicht erklärten die Z.\_\_\_\_-Gutachter (S. 25 f.), dass trotz den geklagten erheblichen Beschwerden im zervikalen Bereich und an der rechten Schulter die vorliegende Begutachtung diesbezüglich einen weitestgehend unauffälligen Befund ergeben habe. Zudem habe wiederholt eine gewisse Selbstlimitation beobachtet werden können. Eindeutige objektive Hinweise auf ein rechtsseitiges Thoracic-Outlet-Syndrom hätten nicht vorgelegen. Für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, jedoch mehrheitlich im Sitzen, wo eine Hebe- und Tragegrenze von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten werde und keine länger dauernden Zwangshaltungen der unteren Extremitäten oder repetitive Überkopfbewegungen der Arme vorkommen würden, bestehe aus orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %.

In neurologischer Hinsicht erklärten die Z.\_\_\_\_-Gutachter (S. 26 f.), dass die geklagte Visusminderung mit ständigem Schwommensehen nicht beobachtet werden können. Betreffend die Einschränkungen im Bereich der rechten Hüfte und Schulter würden sich aus neurologischer Sicht keine anderen Gesichtspunkte ergeben. An der rechten Hand seien diskrete Sensibilitätsstörungen angegeben worden. Falls sich daraus ein störendes Sulcus-Ulnaris-Syndrom entwickeln sollte, könnte dieses durch einen kleinen chirurgischen Eingriff behoben werden. Hinsichtlich der geklagten Kopfschmerzattacken sei - in Übereinstimmung mit der behandelnden Neurologin Dr. E.\_\_\_\_ - von einer Migräne

auszugehen. Seit der Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_ im Januar 2009 sei es zu einer deutlichen Minderung der Krankheitswertigkeit der Migräne gekommen; aktuell klagt die Beschwerdeführerin über einen Anfall alle sieben bis neun Tage, welcher medikamentös innerhalb von Minuten sehr effizient behandelt werden könne. Daraus würden sich nur sehr geringe Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit ableiten lassen. Die insgesamt eher leichten neurologischen Befunde und Beeinträchtigungen würden keine derart weitreichende Minderung der Leistungsfähigkeit rechtfertigen, wie sie im Januar 2009 von Dr. E.\_\_\_\_ postuliert worden sei. Die von ihr genannten neuropsychologischen Beeinträchtigungen, wie erhebliche, modalitätsunabhängige mnestiche Defizite, konzeptuelle Schwierigkeiten, eine eingeschränkte kognitive Flexibilität sowie ein erheblich verlangsamtes Arbeitstempo, hätten in der Z.\_\_\_\_ -Untersuchung nicht bestätigt werden können. Die Versicherte sei in den aktuellen psychometrischen Tests höchstens leichtgradig verlangsamt; sie habe keine modalitätsunspezifische mnestiche Störung mehr aufgewiesen und die im verbalen Gedächtnis festgestellten Leistungsminderungen hätten sich bei näherer Prüfung als wenig konsistent erwiesen. Insgesamt bestünden keine objektiven neuropsychologischen Befunde mehr, mit denen sich eine erheblich geminderte Leistungsfähigkeit begründen liesse; die Beschwerdeführerin sei in klinisch-kognitiver Hinsicht völlig unauffällig gewesen; sie habe in den Explorationen gute geistige Ressourcen bewiesen.

In psychiatrischer Hinsicht (S. 27 f.) gaben die Z.\_\_\_\_ -Gutachter spezifische Ängste an und führten aus, die Beschwerdeführerin sei als 12-Jährige längere Zeit in einem Lift stecken geblieben; seither habe sie grosse Angst vor geschlossenen Räumen und vermeide Lifte. Diese Erfahrung sei durch den Unfall reaktiviert worden, indem sie nach dem Unfall zunächst nicht aus dem Auto habe aussteigen können, was mit Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit verbunden gewesen sei. Im Anschluss an die erneute Erfahrung des Eingeschlössenseins habe sich die vorbestehende Angstproblematik auch auf Autos ausgeweitet, indem die Beschwerdeführerin bis heute nicht in der Lage sei, in ein Auto zu steigen. Die Schilderung des Unfallhergangs sei begleitet gewesen von affektiven und psycho-vegetativen Reaktionen (Tränen und zitternde Stimme), die sich insbesondere auf die damalige Sorge um die in ihrem Auto sitzenden Kinder und den Ehemann bezogen hätten. Angaben über Flashbacks oder über nächtliche Angstzustände (Alpträume) habe die Versicherte nicht gemacht, so dass kein Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung – wie sie im Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2007 über den Aufenthalt vom 5. November bis 3. Dezember 2007 (Urk. 8/12/16-20) angegeben worden waren und aufgrund welcher dort eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (vgl. Urk. 8/12/17) – nicht mehr postuliert werden könne. Soweit es sich beim fraglichen Ereignis um eine Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung (gemäss ICD-10) gehandelt habe, könne jetzt allenfalls noch von einem Residuum einer PTBS gesprochen werden. Eine depressive Störung im Sinne der ICD-10-Kriterien habe hingegen nicht festgestellt werden können. Weder hätten Anhaltspunkte für eine unabhängig von äusseren Einflüssen bestehende Depression im Sinne einer endogenen Depression bestanden, noch seien aktuell die Kriterien für eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung erfüllt. Es hätten auch keine Hinweise mehr auf Suizidgedanken oder Lebensmüdigkeit bestanden.

In ihrer versicherungsmedizinischen Zusammenfassung hielten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter fest (S. 29), im Vordergrund stünden eine Migräne und chronische Hüftschmerzen rechts bei

beginnenden degenerativen Veränderungen aufgrund einer kongenitalen Hüftdysplasie. Eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin sei aufgrund der Hüftschmerzen nicht mehr möglich. Zu empfehlen sei eine Umschulung; die Beschwerdeführerin verfüge über die nötigen körperlichen und intellektuellen Ressourcen, um eine Umschulung erfolgreich abzuschließen und im neuen Beruf bestehen zu können. Die mit der aktuellen Behandlung recht gut kompensierte Migräne würde nur zu punktuellen Ausfällen führen. Eine krankheitswertige neuropsychologische Störung könne nicht postuliert werden und im Bereich der übrigen Haltungs- und Bewegungsorgane bestünden nur geringe und für angepasste Tätigkeiten nicht relevante Einschränkungen. Dasselbe gelte auch für die neurologischen Befunde. Die andauernde spezifische Angststörung (Angst, Auto zu fahren oder in einem Auto zu sitzen) lasse sich mittels einer gezielten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung innerhalb eines überschaubaren zeitlichen Rahmens von sechs bis 12 Monaten behandeln und sei für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht relevant, da die Versicherte einen Arbeitsplatz auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen könne, was ihr keine Schwierigkeiten bereite. Die zuletzt von ärztlicher Seite abgegebenen, sehr niedrig ausgefallenen Einschätzungen der Leistungsfähigkeit seien auf dem Boden der objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar; möglicherweise spiele hier die noch offene versicherungsrechtliche Beurteilung eine nicht unerhebliche Rolle. Insgesamt sei eine angepasste Tätigkeit mit vollem Tagespensum an fünf Tagen der Woche möglich. Wegen der zu erwartenden, wiederkehrenden kurzen Ausfälle im Zusammenhang mit der Migräne sei die Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 90 % einzuschätzen (vgl. Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit, S. 31).

Ziff. 5.4; siehe auch darauffolgende Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 1. März 2010 [Urk. 8/57]).

### **E. 3.8**

Aus rheumatologischer Sicht kritisierte Dr. D.\_\_\_\_ am 3. April 2009 die Nichtberücksichtigung der Diagnose eines zervikospindyloiden Syndroms im Z.\_\_\_\_-Gutachten. Da bei der Untersuchung eine Selbstlimitierung festgestellt worden sei, sei nur auf die chronischen Hüftschmerzen rechts eingegangen worden. Aufgrund der Hüft- und Rückenproblematik der Beschwerdeführerin empfahl er eine wechselbelastende Tätigkeit initial mit 10- bis 20%igem Pensum (Urk. 8/43/6-8).

### **E. 3.9**

Aus psychotherapeutischer Sicht erklärte Psychotherapeutin J.\_\_\_\_ am 6. April 2009, die von den Gutachtern geschätzte Arbeitsfähigkeit sei zu hoch. Die Auswirkungen der Migräneattacken würden verharmlost; die Beschwerdeführerin sei Tage danach noch schlapp und keineswegs schmerzfrei. Von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne nicht die Rede sein, was die bisherigen Arbeitsversuche klar zeigen würden. Die Beschwerdeführerin benötige noch einige Monate intensive Behandlung, bis sie für Umschulungsmassnahmen reif und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht sei (Urk. 8/43/9-11).

### **E. 3.10**

Am 8. Juli 2009 erklärte Dr. D.\_\_\_\_, bei der Beschwerdeführerin sei es in den letzten Tagen erneut zu einer Verschlechterung der Beschwerden gekommen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe somit weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede körperliche Tätigkeit

(Urk. 8/49/4).

### **E. 3.11**

Die Neurologin Dr. E.\_\_\_\_ attestierte am 9. Juli 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % aus neurologischer Sicht (Urk. 8/49/5).

### **E. 3.12**

In ihrer Stellungnahme vom 13. September 2009 hielt Dr. E.\_\_\_\_ sodann fest, bei Vergleich der Befunde der Z.\_\_\_\_ -Abklärung sei zu schliessen, dass es im Verlauf zu einer leichten Befundverbesserung gekommen sei. Aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu mindestens 50 % arbeitsfähig. Eine Migräne-Erkrankung mit zwei bis drei Migräne-Attacken pro Monat, welche gut auf die Anfallsmedikation anspreche, qualifiziere nicht für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/103/18-19).

### **E. 3.13**

In seinem Bericht vom 14. September 2010 führte der Rheumatologe Dr. D.\_\_\_\_, der in Bezug auf die Diagnose Periarthropathia coxae eine residuelle Hüftdysplasie und Camkonfiguration des rechten Femurkopfes und Hüftabduktoreninsuffizienz festhielt, aus, die Behandlung der Schmerzen an der rechten Hüfte gestalte sich schwierig. Trotz einer gezielten Infiltration in das ISG rechts am 17. August 2010 sei es zu keinem Abklingen der Beschwerden gekommen (Urk. 8/60/1-2).

### **E. 3.14**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Chefarzt der Frauenklinik des Spitals L.\_\_\_\_, attestierte in seinem Bericht vom 25. Januar 2011 (Eingangsdatum, Urk. 8/65) eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % im Zeitraum vom 9. Oktober 2010 bis 14. Dezember 2010. Sodann verneinte er relevante somatische Einschränkungen.

### **E. 3.15**

Der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2011 fest (Feststellungsblatt vom 19. Juli 2011 [Urk. 8/76/12-13]), die Beschwerdeführerin sei in angepasster Tätigkeit spätestens ab Begutachtungszeitpunkt zu 90 % arbeitsfähig, wobei folgendes Belastungsprofil bestehe: Beachtung kurzer Arbeitsausfälle bei Migräne-Attacken, körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, überwiegend sitzend, Tragelimit 5 kg, Vermeidung von Zwangshaltungen und repetitiven Über-Kopf-Arbeiten. Dr. M.\_\_\_\_ gab sodann an, eine retrograde Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit sei nicht möglich. Insbesondere sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar, welche Einschätzung infolge eines hüftbedingten Arbeitsunfähigkeitsattests auf März 2007 zu terminieren sei.

### **E. 3.16**

Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, O.\_\_\_\_, gab am 17. März 2011 (Urk. 8/68) an, bei der Beschwerdeführerin könne zur Zeit keine eindeutige psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden.

### **E. 3.17**

Der RAD-Arzt, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte in seiner Stellungnahme vom 19. April 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in angepasster Tätigkeit (Urk. 8/76/14).

### **E. 3.18**

Der behandelnde Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2011 (Urk. 2) in seinem Bericht vom 5. Januar 2012 (Urk. 8/103/1-11) den Verdacht auf eine undifferenzierte Schizophrenie, kontinuierlich mit schleichendem Beginn (ICD-10 F20.30). Differentialdiagnostisch erwähnte er eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) sowie eine schizoaffektive Psychose, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1).

### **E. 3.19**

Die Neurologin Dr. E.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 16. Januar 2012 fest, das neurologische Beschwerdebild bestehe aus Migräne-Attacken, welche in Abständen von ungefähr zehn Tagen aufträten. Zudem klagte die Beschwerdeführerin über Konzentrationsschwierigkeiten. Ausserhalb des neurologischen Beschwerdebildes würden eine affektive Störung und eine Hüftproblematik bestehen. Als neurologische Diagnose nannte Dr. E.\_\_\_\_ eine Migräne ohne Aura und als „nicht-neurologische“ Diagnosen eine affektive Störung mit assoziierter Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie eine Hüftgelenksdysplasie. Die natürliche Unfallkausalität bezeichnete Dr. E.\_\_\_\_ als „möglich“. Aufgrund des klinischen Eindrucks würde bei der Beschwerdeführerin nach wie vor eine schwere Ausprägung depressiver Symptome bestehen. In ihrer Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit erklärte Dr. E.\_\_\_\_, die frühere Arbeitsunfähigkeit unmittelbar nach dem Unfall habe 0 % betragen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, ohne Zwangshaltungen und ohne repetitive Über-Kopf-Arbeiten mit einem Tragelimit von 5 kg) betrage aus neurologischer Sicht mindestens 50 % (Urk. 8/103/23-24).

### **E. 3.20**

Der RAD-Psychiater Dr. P.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 21. März 2012 (Urk. 9) aus, der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. Q.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2012 weise nicht nachvollziehbar aus, dass ein psychotisches Zustandsbild beziehungsweise eine undifferenzierte Schizophrenie vorliege.

### **E. 3.21**

Dr. D.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 1. Juni 2012 (Urk. 19/2) die bekannten Diagnosen und hielt in Bezug auf die Diagnose Periarthropathia coxae eine Tendenz zur Hüftdysplasie fest. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, die Situation von Seiten der Schmerzen gluteal habe sich nicht verbessert. Am 11. März 2010 sei die Beschwerdeführerin in der Hüftsprechstunde der V.\_\_\_\_ evaluiert worden. Es sei zwar eine residuelle Hüftdysplasie rechts gefunden, aber keine Operation empfohlen worden. Nun komme es immer wieder zu sehr starken Schmerzen gluteal rechts, so dass auch von dieser Seite her eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Er habe wiederholt, zuletzt am 29. März 2012, eine CT-gesteuerte ISG-Infiltration rechts veranlasst. Dabei sei es jeweils während einer begrenzten Zeit zu einer leichten Verbesserung der Situation gekommen. Insgesamt sei langfristig nicht von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl aufgrund der zervikozephalen Beschwerden als auch aufgrund der ISG/Gluteal-Beschwerden rechts eingeschränkt.

### **E. 3.22**

Der behandelnde Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. August 2012 (Urk. 19/3) unter anderem fest, es gebe bei der Beschwerdeführerin in den letzten Wochen einige neue Befunde, die auch in Richtung Schizophrenie weisen würden (Urk. 19/3 S. 6 Mitte).

### **E. 3.23**

Im Austrittsbericht der R.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2013 (Urk. 25/4, vgl. auch Bericht über die Früherkennungssprechstunde der R.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2012 [Urk. 25/3]) diagnostizierten die Dres. med. S.\_\_\_\_, Oberärztin, und Prof. T.\_\_\_\_, Leitender Arzt, eine schwere Depression ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Die R.\_\_\_\_-Ärzte verneinten Anhaltspunkte für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und erklärten, eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei retrospektiv in den letzten Jahren seit dem Unfall, aktuell und auch absehbar sicher nicht gegeben. Dazu seien die kognitiven Einschränkungen aktuell zu gross (Urk. 25/4 S. 5 am Ende).

### **E. 3.24**

Dr. med. U.\_\_\_\_, Oberarzt V.\_\_\_\_, nannte am 29. November 2012 eine Hüftdysplasie rechts, eine Coxa profunda und eine kraniale Retroversion. Sicherlich liege bei der Beschwerdeführerin eine Symptomausweitung vor, jedoch habe sie bei der Infiltration gut angesprochen (Urk. 25/2).

### **E. 3.25**

Schliesslich hielt der behandelnde Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2013 fest, obwohl Dr. S.\_\_\_\_ anderslautende Diagnosen gestellt habe, so seien die in der R.\_\_\_\_ erhobenen pathologischen Befunde doch im Wesentlichen die gleichen. Unabhängig von den gestellten Diagnosen verunmöglichen die festgestellten schlimmen Befunde auch nach Dr. S.\_\_\_\_ jegliche Arbeitsfähigkeit (Urk. 25/5).

### **E. 4.1**

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit vollständig eingeschränkt ist. Umstritten ist ihre Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Soweit die Beschwerdeführerin die Neutralität der Z.\_\_\_\_-Beurteilung vom 12. März 2009, auf welche sich die Beschwerdegegnerin abstützte, bemängelt, ist gemäss dem in BGE 137 V 210 publizierten höchstrichterlichen Leitentscheid 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 die Beauftragung einer MEDAS im Rahmen der Beurteilung von Leistungsansprüchen gegenüber der Invalidenversicherung verfassungskonform und auch mit der EMRK vereinbar. Sodann stellt eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger keinen Befangenheitsgrund dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_304/2010 vom 12. Mai 2010 E. 2. 2 zweitletzter Absatz). Zwar wurde vom Bundesgericht für künftige MEDAS-Abklärungen Korrektive verlangt, doch kommt das vorliegende, nach altem Verfahrensstandard eingeholte Z.\_\_\_\_-Gutachten für eine abschliessende Beurteilung immer noch in Frage, wenn sich ergibt, dass unter Berücksichtigung aller spezifischen Umstände und der erhobenen Rügen auf das Gutachten abgestellt werden darf (BGE 137 V 266 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2013 vom 20. August 2013 E. 5.1).

Das Z.\_\_\_\_-Gutachten ist nachvollziehbar, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und beruht auf eigenen spezialärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis aller bis dahin aktenkundigen medizinischen und anderweitigen Vorakten erstattet. Insbesondere prüften die Z.\_\_\_\_-Gutachter die von der behandelnden Neurologin Dr. E.\_\_\_\_, welche die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mehrfach zurückhaltender beurteilte, genannten Befunde und Diagnosen - Migräne, affektive Störung, Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie Hüftgelenkdysplasie - sorgfältig. Daher wäre es entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin - nachdem das Z.\_\_\_\_-Gutachten

die von der Rechtsprechung an medizinische Berichte gestellten Anforderungen erfüllt - nicht gerechtfertigt, wenn das vorliegende MEDAS-Gutachten (einzig) deshalb für eine abschliessende Beurteilung nicht in Frage käme, weil es eingeholt worden war, bevor dem Z.\_\_\_\_-Teilgutachter und Ärztlichen Leiter Dr. F.\_\_\_\_ die Berufsausübungsbewilligung im Jahr 2011 erteilt wurde (vgl. Urk. 19/11). Insbesondere verfügte der neurologische und psychiatrische Z.\_\_\_\_-Teilgutachter Dr. F.\_\_\_\_, der 1978 Weiterbildungstitel in den Gebieten Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie erworben hatte (Anerkennung in der Schweiz am 29. Juli 2011),

im Zeitpunkt der Begutachtung über die für die Vornahme einer Begutachtung notwendigen Fachkenntnisse.

#### **E. 4.2**

In psychischer Hinsicht bestehen bei der Beschwerdeführerin gemäss dem Z.\_\_\_\_-Gutachten spezifische Phobien (etwa in Form von Angst vor Liftfahrten) und ein Residuum einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Unfall vom 14. April 2007, welche Beurteilung schlüssig ist. Dagegen handelt es sich bei der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten, zuletzt im Austrittsbericht der R.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2013 (Urk. 25/4) erwähnten, posttraumatischen Belastungsstörung gemäss der massgeblichen Klassifikation (ICD-10 F43.1) um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde; wie etwa Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlung, Folterung, Terrorismus oder Vergewaltigung. Dabei folgt die Störung dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden (vgl. ICD-10 F43.1; vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] herausgegebene Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien,

#### **E. 4.3**

In Bezug auf die in den Vorakten diagnostizierten und im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren anerkannten Beschwerden im Bereich der HWS (vgl. UV.2009.00386 E. 4.1) ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. etwa E. 3.4 hievor) besteht somit keine relevante psychische Komorbidität (vgl. dazu E. 1.2.2 hievor). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass leichte depressive Episoden (ICD-10 F32.0) von vornherein keine komorbiden psychischen Leiden von erheblicher Schwere und Ausprägung darstellen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.3.2 und 9C\_235/2007 vom 8. Mai 2008 E. 3.3) und auch mittelgradige (vgl. etwa erwähnt in E. 3.2 hievor)

depressive Episoden (ICD-10 F32.1) praxisgemäss noch keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depressionen im Sinne eines verselbständigten krankheitswertigen Gesundheitsschadens bilden, welche es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen von pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zu überwinden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3. 2). Demnach richtet sich die ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der unbestrittenermassen vorhandenen Beschwerden aufgrund des Schleudertraumas der HWS nach den von der Praxis aufgestellten Alternativkriterien. Zwar liegen körperliche Begleiterkrankungen mit im Wesentlichen unveränderter Symptomatik vor (ohne längerdauernde Rückbildung), und es ist ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf zu gewärtigen, jedoch sind aufgrund der vorhandenen Restarbeitsfähigkeit von 90 % in angepassten Tätigkeiten diese Merkmale nicht allzu stark zu gewichten. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist bei der Beschwerdeführerin, welche mit ihrem Ehemann und ihrem Sohn zusammenlebt (vgl. Urk. 8/35/11 Mitte), ebenfalls nicht ausgewiesen. Nicht ersichtlich ist sodann ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") sowie das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Die Beschwerdeführerin absolvierte namentlich - nach derjenigen in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ nach dem Unfall im Jahr 1997 - keine stationären Therapien mehr. Insgesamt ist nicht auf eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der Beschwerden aufgrund des Schleudertraumas der HWS zu schliessen.

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend steht damit der auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten, welches auch durch die abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Dr. E.\_\_\_\_ nicht in Frage gestellt wird, gestützten medizinisch-theoretischen Annahme einer 90%igen Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit im Beurteilungszeitpunkt nichts entgegen. 5 .

In zeitlicher Hinsicht ist festzuhalten, dass die Z.\_\_\_\_ -Gutachterangaben, dass sich der „retrograde Raum“ ihrer Einschätzung entziehe (vgl. etwa Gesprächsnotiz vom 23. März 2009 [Urk. 8/76/7]), mithin die gutachterliche Arbeits(un)-fähigkeit erst ab Begutachtung (vom 17. und 20. Februar 2009) gilt (vgl. das entsprechende Vorbringen der Beschwerdeführerin in Urk. 1 S. 10 Mitte und S. 13 am Anfang sowie auch etwa die RAD-Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ vom 9. April 2010 [Urk. 8/76/9]). Indessen ergibt sich aus dem Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_, dass im April 2008 - mithin bei Ablauf des Wartjahres - keine Hinweise auf unfallbedingte Läsionen bestanden und sich die Problematik im psychischen Zustand erschöpfte. Die psychische Problematik ist nun indes dergestalt, dass sie in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht - aufgrund der Überwindbarkeit - nicht von Relevanz ist. Den ärztlichen Befundschilderungen sind denn auch keine wesentlichen Veränderungen zwischen April 2008 und dem Zeitpunkt der Begutachtung im Februar 2009 zu entnehmen, weshalb es mit der Feststellung übereinstimmend hat, dass eine rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit (über die Hüftproblematik hinaus) nicht erstellt ist. 6.

Gegen die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode, die einen renten ausschliessenden Invaliditätsgrad von 0 % ergab, erhob die Beschwerdeführerin zu Recht keine Einwände. Es besteht vorliegend offensichtlich keine rentenbegründende Invalidität. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7. 7. 1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zu Folge gewährter unentgeltlicher Prozessführung indes einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7. 2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der von Rechtsanwalt Brunner mit Eingabe vom 26. September 2013 geltend gemachte Aufwand von 51,24 Stunden und Fr. 153.-- Barauslagen (Urk. 29) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass er die Beschwerdeführerin schon im Vorbescheidverfahren sowie auch im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Namentlich erscheint ein Aufwand von je etwa 13 Stunden für die Beschwerdeschrift und für die Replik als überhöht.

Angesichts der zu studierenden Aktenstücke der Beschwerdegegnerin und den (gerechtfertigten) Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, der Rechtsschriften sowie der in ähnlichen Fällen zu gesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Brunner bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 5'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zu Folge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Justus H. Brunner, Zürich, wird mit Fr. 5'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: -Rechtsanwalt Justus H. Brunner unter Beilage einer Kopie von Urk. 28 -Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle -Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: -Gerichtskasse 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Rubeli EG/YR/IDversandt

## **E. 7**

. Aufl., Bern 20

## **E. 10**

, S. 1 83 f.). Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter begründeten nachvollziehbar, weshalb keine weiterbestehende posttraumatische Belastungsstörung, sondern höchstens ein „Residuum einer PTBS“ vorliege. Auch im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren wurde die Kollision vom 14. April 2007, als die Beschwerdeführerin als Autolenkerin eine Heckkollision mit Folgefrontkollisionen erlitt, nicht den schweren Unfällen zugeordnet (Urteil des hiesigen Gerichts UV.2009.00386 vom 20. Dezember 2010 E. 5.1, Urk. 30). Zudem wurde erwogen, dass sich die Kollision nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hat und nicht von besonderer Eindrücklichkeit gewesen ist (E. 5.2 Abs. 1), auch wenn die Fahrertüre klemmte und die Beifahrertüre durch die Mauer blockiert war, sodass die Beschwerdeführerin, um sich und ihre Familienangehörigen aus der misslichen Lage zu befreien, mit den Füßen das Fenster der Fahrertüre zer schlagen musste. Auch eine Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen wurde verneint (E. 5.2 Abs. 2). Alles in allem kann im vorliegenden Verfahren ein genügend traumatisches Ereignis für die Annahme einer im Beurteilungszeitpunkt (vgl. E. 1.5 hiervor) andauernden posttraumatischen Belastungsstörung (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) nicht bejaht werden.

In Bezug auf die ebenfalls geltend gemachte (Urk. 24 S. 6 Ziff. 4) und etwa vom behandelnden Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_ als Differentialdiagnose angegebene schwere depressive Episode (mit psychotischen Symptomen [ICD-10 F32.3]; beziehungsweise gemäss den R.\_\_\_\_ -Ärzten: schwere Depression ohne psychotische Symptome [ICD-10 F32.2]) wird im Z.\_\_\_\_ -Gutachten nachvollziehbar begründet, dass keine relevante Depression besteht

(vgl. Urk. 8/35/28 am Ende).

Dies steht im Übrigen im Einklang mit der Einschätzung von Prof. Dr. N.\_\_\_\_, der eine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneinte (Urk. 8/68). Ebenso wenig liess sich die von Dr. Q.\_\_\_\_ als Verdachtsdiagnose erwähnte Schizophrenie anlässlich der Abklärungen durch die Ärzte der R.\_\_\_\_ (Urk. 8/25/4 S. 5) bestätigen.

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