

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00102 vom 11. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00102](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00102)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00102 du 11 juin 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00102 del 11 giugno 2013

## Erwägungen

### E. 3

3.1???? Wie in E. 2.3 festgehalten, ist zu prüfen, ob sich seit der rentenabweisenden Verfügung vom 11. Juni 2009 (Urk. 11/99), welche mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. Juli 2010 (Urk. 11/125) bestätigt wurde, und der jetzt angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2011 (Urk. 2) der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich verändert haben, dass ihr nunmehr eine Invalidenrente zusteht.

3.2???? Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. Juli 2010 (Urk. 11/125) wurden die bis zur Verfügung vom 11. Juni 2009 (Urk. 11/99) aufgelegten medizinischen Akten wie folgt zusammengefasst (Urk. 11/125/6-9):

3.3??

3.3.1 ???????? Die bis zum erwählten Einspracheentscheid vorliegenden medizinischen Akten wurden im Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2005 (Urk. 8/31) aufgeführt, weshalb sie hier nicht nochmals einzeln erwählt werden.

????? Am Gutachten des Z.\_\_\_\_ wirkten die Internisten Dres. med. J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ sowie der Rheumatologe Dr. med. L.\_\_\_\_ und der Psychiater Dr. med. M.\_\_\_\_ mit. In Würdigung der medizinischen Akten und den Ergebnissen der Untersuchung der Beschwerdeführerin am 7. und 11. November 2005 stellten sie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/31/14): 1. eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01, ICD-10 F32.11) und 2. ein tendomyotisches cervicocephales und rechtsseitiges cervicobrachiales Syndrom ohne strukturelles Korrelat. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten die Experten isolierte phobische Störungen (ICD-10 F40), eine Adipositas Grad I nach WHO (BMI=30,6 kg/m<sup>2</sup>), eine Visusverminderung beidseits sowie einen Verdacht auf Thalassaemia minor. Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde erachteten die Experten die Beschwerdeführerin aufgrund der somatischen Gesundheitsstörungen für eine schwere bis mittelschwere Tätigkeit und damit für die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe zu 100 % arbeitsunfähig. Zumutbar sei indes eine behinderungsangepasste Tätigkeit, vorwiegend ohne Berkopparbeiten und ohne Elevation bzw. repetitive Kraftbelastung des rechten Armes. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose bestehe eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Global gesehen sei die Beschwerdeführerin demnach behinderungsangepasst zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 8/31/16).

3.3.2 ???????? Zu dieser Einschätzung gelangten die Experten aufgrund folgender fachärztlicher Beurteilungen:

3.3.3 ???????? Gem?ss der rheumatologischen Beurteilung und Stellungnahme zur Arbeitsf?higkeit im Z.\_\_\_-Gutachten vom 29. Dezember 2005 (Urk. 8/31) fand sich kein Hinweis f?r eine wesentliche strukturelle L?sion an der Halswirbels?ule oder am rechten Schultergelenk, welcher das damals vorliegende chronische Schmerzsyndrom h?tte erkl?ren k?nnen. Es liege ohne Zweifel eine inad?quate Schonhaltung des rechten Armes vor, welche auch die leichte Schwellung ?ber dem Handr?cken und die minime livide Verf?rbung erkl?ren k?nne. Hingegen f?nden sich nach nunmehr dreij?hrigem Verlauf keinerlei weitere trophische St?rungen, welche auf eine fokale strukturelle L?sion oder auch einen dauerhaften Nichtgebrauch des rechten Armes hinweisen w?rden. Insgesamt k?nne das Schmerzbild aus rheumatologisch-somatischer Sicht nicht zufriedenstellend erkl?rt werden. Deswegen k?nne aus somatischer Sicht medizinisch-theoretisch zumindest f?r eine stehende oder sitzende Arbeit auf Tischh?he ohne Heben des rechten Armes ?ber die Horizontale oder repetitive Kraftaus?bung des rechten Armes keine wesentliche Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit attestiert werden. Hingegen sei die Beschwerdef?hrerin in ihrer angestammten T?tigkeit als K?chenhilfe aufgrund ihrer Beschwerden wohl nicht mehr einsatzf?hig (Urk. 8/31/11).

3.3.4 ???????? Bez?glich der psychiatrischen Untersuchungsbefunde sind dem Z.\_\_\_-Gutachten vom 29. Dezember 2005 folgende Diagnose und Beurteilung zu entnehmen: Nach dem Unfall der Beschwerdef?hrerin habe bei dieser eine posttraumatische Belastungsst?rung (ICD-10 F43.1) vorgelegen. Diese St?rung stehe nat?rlich im direkten Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen. Die aktuell pr?sentierte psychische Symptomatik sei nicht mehr mit dem Unfallgeschehen zu vereinbaren. Vielmehr stehe jetzt die depressive Symptomatik im Sinne einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01, ICD-10 F32.11) im Vordergrund. Die Schmerzsymptomatik sei ein somatoformer Ausdruck der depressiven St?rung. Zus?tzlich bestehe eine isolierte phobische St?rung (ICD-10 F40). Die Beschwerdef?hrerin d?rfte aufgrund der depressiven St?rung in ihrer Arbeitsf?higkeit um 30 % eingeschr?nkt sein (Urk. 8/31/13-14).

3.4?? Im Zeitpunkt der angefochtenen Verf?gung vom 11. Juni 2009 (Urk. 2) pr?sentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

3.4.1 ???????? Gem?ss dem Arztbericht des Psychiaters Dr. B.\_\_\_ vom 12. Juli 2008 liegen bei der Beschwerdef?hrerin eine hochgradige physische und psychische Ersch?pbarkeit, ein gehemmt depressiver Zustand mit Antriebsarmut, Interesse- und Freudlosigkeit, Konzentrations- und Ged?chtnisst?rungen, Schlafst?rungen, generelle ausgepr?gte ?ngstlichkeit, ?ngste, das Haus zu verlassen, sowie ein seit Jahren bestehender schwerer sozialer R?ckzug vor (Urk. 8/71/3). Dr. B.\_\_\_ stellte einen station?ren chronifizierten Verlauf fest und diagnostizierte bei der Beschwerdef?hrerin eine seit Herbst 2002 bestehende rezidivierende mittelgradige depressive St?rung im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsst?rung (ICD-10 F33.11/43.1) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom ?Kopf/Schultern/ rechter Arm/R?cken? - seit August 2002 bestehend - (Urk. 8/71/2). Nach der Einsch?tzung von Dr. B.\_\_\_ ist der Beschwerdef?hrerin keinerlei T?tigkeit mehr zumutbar (Urk. 8/71/6). Die gleiche Diagnose hatte Dr. B.\_\_\_ bereits am 29. November 2003 gestellt und gest?tzt darauf die Beschwerdef?hrerin als zu 100 % arbeitsunf?hig erkl?rt (Urk. 8/6/1-4).

3.4.2 ???????? Dr. E.\_\_\_, an welche die Beschwerdef?hrerin Anfang 2008 zur Fortsetzung der Psychotherapie ?berwiesen worden war, erstattete der Beschwerdegegnerin am 24.

September 2008 ihren Bericht. Nach den von Dr. E.\_\_\_\_ erhobenen Befunden zum psycho-pathologischen Status der Beschwerdeführerin ist diese bewusstseinsklar sowie allseits orientiert. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration seien leicht herabgesetzt. Die Beschwerdeführerin sei im formalen Denken auf ihre Schmerzen und die durch den Unfall entstandene Invalidisierung eingeengt und misstrauisch. Hinweise auf hypochondrische Ängste, inhaltliche Denkstörungen im Sinne von paranoider Verarbeitung beständen, jedoch seien keine Sinnestuschungen explorierbar. Es würden ferner Ich-Störungen im Sinne von Ich-Schwäche, Depersonalisations- und Derealisationsphänomene bestehen. In der Stimmung sei die Beschwerdeführerin depressiv, ängstlich, jammerig, psychomotorisch eher unruhig. Es liege zudem ein sozialer Rückzug vor (Urk. 8/81/3). Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte auf ihrem Fachgebiet eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1), Merkmale einer Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.8) sowie einen Zustand nach Autounfall vom 5. August 2002 mit Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F.43.1) mit anhaltenden Schmerzen an der rechten Hand, am rechten Oberarm und im Nacken. Als Hilfskriterium sei die Beschwerdeführerin zu 70 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 8/81/6).

3.4.3 ???????? Dr. C.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des Gynäkologen vom 22. April bis 3. Juni 2008 behandelt hatte, hielt in seinem Bericht vom 18. August 2008 fest, die Wirbelsäule der Beschwerdeführerin sei im Lot, es liege eine Hyperlordose der LWS sowie ein Schulterhochstand rechts mit verkürzter und druckdolenter langer Nackenmuskulatur beidseits, rechtsbetont, vor. Weiter bestehe eine freie, aber dolente HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen mit aktivem Widerstand bei Prüfung. Die BWS und LWS seien unauffällig, Schulter rechts mit endphasig schmerzhaften Bewegungen, Painful arc ab 90 Grad (Urk. 8/79/9). Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte ein seit 5. August 2002 bestehendes chronisches Impingement-Syndrom der rechten Schulter und - anamnestisch - ein chronisches zervikozephalisches und zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 5. August 2002 mit posttraumatischer Belastungsstörung (Urk. 8/79/8). Die Frage der Arbeitsfähigkeit könne von ihm aufgrund einer Einzelkonsultation mit Therapiekontrolle vier Wochen später nicht beurteilt werden (Urk. 8/79/13).

3.4.4 ???????? Dr. D.\_\_\_\_ verweist in seinem Arztbericht vom 6. September 2008 auf die ihm zugegangenen Berichte (Urk. 8/80/8). Dem Gutachten des Spitals N.\_\_\_\_ vom 2. April 2006 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin den rechten Arm während der Untersuchung zwar wie in einer Schlinge gehalten habe, doch habe sie beim sich Entkleiden und wieder Anziehen kein Problem gehabt. Das rechte Schultergelenk bewege sich aktiv bis maximal 70 Grad Flexion und 70 Grad Abduktion, während die passive Prüfung des rechten Schultergelenks ein freies Bewegungsausmass zeige (Urk. 8/80/34). Zur Arbeitsfähigkeit wird festgehalten, dass die rheumatologische Untersuchung keine sicheren Befunde ergeben habe, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen würden (Urk. 8/80/46). Im Arztbericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 5. Dezember 2006 wird festgehalten, dass bei der Kraftprüfung des rechten Arms eine diffuse Schwäche, mehrheitlich schmerzbedingt, festgestellt worden sei. Die Beweglichkeit der HWS sei allseits eingeschränkt mit Rotationen maximal von 35 Grad, KSA 4/12 cm (Urk. 8/80/11). Dr. D.\_\_\_\_ selber diagnostizierte eine Depression, posttraumatisch, mit Angstkomponente und Agoraphobie, bestehend seit 2003, einen HWS-Distorsionsmechanismus sowie eine Schulter- und Handkontusion rechts. In den letzten Jahren sei trotz verschiedener Therapien

der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin schlechter geworden. Sowohl als K?chenhilfe als auch in angepasster T?tigkeit bestehe keine Arbeitsf?higkeit (Urk. 8/80/6-8).?

3.3???? Seit der Verf?gung vom 11. Juni 2009 (Urk. 11/99) wurden neu die folgenden medizinischen Unterlagen aufgelegt:

3.4????

3.4.1?? Dem seitens der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens auszugsweise eingereichten Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 17. August 2009 sind die Diagnosen (1) mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) mit/bei Verdacht auf somatisches Syndrom, (2) generalisierte Angstst?rung (ICD-10 F41.1), (3) Merkmale einer Pers?nlichkeitsst?rung Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.9), (4) Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Autounfall 2002 (ICD-10 S.13.4) sowie (5) Verdacht auf posttraumatische Belastungsst?rung (ICD-10 F43.1) zu entnehmen (Urk. 3/3 S. 1). Im Verlauf der Hospitalisation habe eine leichte Besserung der k?rperlichen Beschwerden und Zunahme der k?rperlichen Leistungsf?higkeit sowie psychische Stabilisierung erreicht werden k?nnen. W?hrend des Aufenthalts sei es der Beschwerdeführerin gelungen, sich ein wenig einzulassen, neue Denk- und Bew?ltigungsmuster zu entwickeln und sich ein wenig ihrer Angst und Schmerzproblematik zu n?hern. Es bed?rfte jedoch weiterhin intensiver Therapie zur Festigung des in der F.\_\_\_\_ Erreichten (Urk. 3/3 S. 2).

3.4.2?? Im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2010 wurden die (Austritts-)Diagnosen (1) anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4) und (2) kombinierte Pers?nlichkeitsst?rung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0) gestellt (Urk. 11/121/1). Der ?Zusammenfassung und Beurteilung? ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Verlauf ein sehr schwankendes Zustandsbild bez?glich ihrer Affektivit?t, Angst- und Schmerzsymptomatik gezeigt hat. Auf dem Boden einer kombinierten Pers?nlichkeitsst?rung mit histrionischen und emotional-instabilen Z?gen h?tten sich w?hrend der Behandlung wiederholt eine ?berempfindlichkeit gegen?ber Kritik, eine erh?hte Kr?nkbarkeit und die Tendenz zur Externalisierung bemerkbar gemacht. Gegen Ende der Behandlung sei die Beschwerdeführerin bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess im Sinne von Erstellen von Bewerbungsunterlagen und Anmeldung beim RAV bei einer Arbeitsf?higkeit von 50 % unterst?tzt worden (Urk. 11/121/3).

3.4.3?? Im Bericht des P.\_\_\_\_ an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 17. August 2011 werden folgende Diagnosen gestellt: (1) schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), (2) posttraumatische Belastungsst?rung (ICD-10 F43.1), (3) generalisierte Angstst?rung (ICD-10 F41.1), (4) anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4), (5) schweres Cervicalsyndrom mit/bei Status nach Unfall vom 5. August 2002 in Q.\_\_\_\_, Status nach HWS-Distorsion (ICD-10: S13.4) [Diagnose Dr. R.\_\_\_\_ vom 3. August 2003], leichter bis m?ssiger medianer Diskushernie C3/4 subligament?r und diskreter medianer Protrusion C2/3 (Computertomogramm[CT] vom Dezember 2006) [Dr. E.\_\_\_\_ 24. September 2008] sowie (6) leichtes Reizsyndrom des Plexus brachialis rechts (Diagnose Dr. R.\_\_\_\_ vom 3. August 2003) (Urk. 3/2 S. 4). Die Beschwerdeführerin sei ?mit Sicherheit? im Moment zu 100 % arbeitsunf?hig (Urk. 11/147/5).

3.4.4?? Die behandelnde Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ verwies in ihrer Stellungnahme zu H?nden des Rechtsvertreters der Beschwerdef?hrerin vom 19. September 2011 (Urk. 11/148) auf die Diagnosen (1) schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), (2) Merkmale einer Pers?nlichkeitsst?rung Cluster-Gruppe B (ICD-10: F60.8) und (3) posttraumatische Belastungsst?rung (ICD-10: F43.1) mit anhaltender somatoformer Schmerzst?rung (ICD-10: F45.4) bei Status nach Unfall im August 2002 (Status nach HWS-Distorsion; leichte bis mediane Diskushernie C3/4 subligament?r, diskrete mediane Protrusion C2/3). Bei der Beschwerdef?hrerin habe im Rahmen einer Anpassungsst?rung bzw. einer posttraumatischen Belastungsst?rung eine depressive Symptomatik, welche zu Beginn der Therapie (bei Dr. E.\_\_\_\_) die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erf?hlt habe, bestanden. Bei Therapieresistenz sei die depressive Symptomatik seit Fr?hjahr 2011 in eine schwere Episode ?bergegangen. Aufgrund der depressiven Antriebs- und Stimmungslage sowie von Merkmalen einer Pers?nlichkeit Cluster-Gruppe B leide die Beschwerdef?hrerin unter massiven sozialen ?ngsten, Konzentrationsschwierigkeiten, die deutlich schmerzbedingt bzw. stressbedingt seien. Die chronischen Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der rechten Schulter w?rden die ?ngstlich/dysphorische depressive Stimmungslage soweit beeinflussen, dass die Beschwerdef?hrerin nicht mehr in der Lage sei, ihre zuletzt ausge?bte T?tigkeit als Hilfsk?chin auszu?ben. Es sei zu einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes gekommen. Im Jahre 2008 sei die Beschwerdef?hrerin als Hilfsk?chin zu 70 % arbeitsunf?hig gewesen. Aktuell sei sie zu 100 % arbeitsunf?hig mit einer 20%igen Arbeitsf?higkeit f?r eine behinderungsangepasste T?tigkeit ohne Termin- und Zeitdruck (zwei Stunden pro Tag mit einer 50%igen Leistungsf?higkeit).

### 3.5????

3.5.1?? Gest?zt auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verf?gung gestellten Akten und die psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdef?hrerin vom 29. November und 5. Dezember 2011 (Urk. 11/154/1) stellte Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 7. Dezember 2011 die folgenden Diagnosen (Urk. 11/154/13): (1) anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4), (2) depressive Entwicklung, anamnestisch rezidivierende depressive St?rung mit leichten bis mittel- bis schwergradigen Episoden, aktuell leichtes chronifiziertes depressives Syndrom (ICD-10 F33.0) sowie (3) anamnestisch kombinierte Pers?nlichkeitsst?rung mit histrionischen und emotional-instabilen Z?gen (ICD-10 F61.0).

3.5.2?? Dr. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, dass die Beschwerdef?hrerin an?sslich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung klinisch lediglich ein leichtgradiges depressives Syndrom aufgewiesen habe. Die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsst?rung seien nicht erf?hlt. Beim Unfall im Jahre 2002 handle es sich um einen leichten Unfall. Eine objektive Todesbedrohung habe nicht bestanden. Die starke Angstreaktion der Beschwerdef?hrerin sei als kurze Reaktion auf das f?r sie subjektiv bedrohliche Ereignis zu interpretieren. Eigentliche Flashbacks im Sinne des intrusiven Wiedererlebens des urspr?nglichen Unfallereignisses liessen sich jedoch nicht eruieren. Auch in den Akten f?nden sich keine klaren entsprechenden Hinweise. In den Wochen und Monaten nach dem Unfall seien nicht die psychische Symptomatik, sondern die k?rperlichen Beschwerden (Schmerzen) im Vordergrund gestanden. Auch aktuell schildere die Beschwerdef?hrerin als Hauptbeschwerden vorwiegend Schmerzen. Sekund?r sei es im Verlauf jedoch zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Die Symptomatik sei je nach Untersuchungszeitpunkt als leicht bis mittel- bis schwergradige Depression eingestuft

worden. Auf dem Hintergrund der belastenden Lebensgeschichte mit früher Trennung von der Herkunftsfamilie und multiplen psychosozialen Belastungen sowie gestützt auf den Bericht der Tagesklinik der G.\_\_\_\_ mit längerem Beobachtungszeitraum sei die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar. Wie anlässlich der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin zudem einzelne phobische Ängste erwöhnt. Eine eigentliche generalisierte Angststörung mit ständigen Befürchtungen, motorischer Anspannung und anhaltender vegetativer Übererregbarkeit sei anlässlich der gutachterlichen Untersuchung nicht eruierbar gewesen (Urk. 11/154/12).

??????? Unabhängig von der genauen diagnostischen Kategorisierung leide die Beschwerdeführerin unter chronischen Schmerzen, fluktuierenden depressiven Verstimmungen, gegenwärtig leichtgradig ausgeprägt, und vereinzelt phobischen Ängsten (Urk. 11/154/12-13). Ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin sitze zwar nur noch auf dem Rücksitz bei Autofahrten und vermeide beispielsweise Aufzüge, sie könne sich jedoch weitgehend frei bewegen, sei in der Lage, I.\_\_\_\_ zu fahren, und sei im Jahre 2010 auch gemeinsam mit ihrem Ehemann mit dem Auto zweimal im Heimatland gewesen (Urk. 11/154/13).

3.5.3?? Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führte Dr. H.\_\_\_\_ an, dass diese bereits anlässlich der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ im Jahre 2005 für körperlich schwere Arbeiten als vollständig arbeitsunfähig angesehen worden sei. Von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern sei eine 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten attestiert worden. Unter Mitberücksichtigung sämtlicher, in seinem Gutachten beschriebenen Krankheitskomponenten sei medizinisch theoretisch von einer 50%igen Einschränkung (zeitliche und leistungsmässige Einbuße integriert beurteilt) auszugehen. Gegenüber der Beschreibung anlässlich der Begutachtung im Jahr 2005 sei klinisch keine wesentliche Veränderung feststellbar. Im Verlauf werde von den behandelnden Ärzten zwischendurch eine Verschlechterung beschrieben. Definitionsgemäss bestehe die Persönlichkeitsstörung bereits seit der Adoleszenz, sei im Z.\_\_\_\_-Gutachten jedoch nicht genügend mitberücksichtigt worden. Es handle sich also um eine Neubeurteilung der im Prinzip ähnlichen Situation wie im Jahr 2005. Die zwischenzeitlich anamnestic beschriebene Verschlechterung sei aktuell nicht mehr feststellbar (Urk. 11/154/13).

3.5.4?? Dr. H.\_\_\_\_ wies schliesslich darauf hin, dass in den Akten von der die Beschwerdeführerin seit 2008 behandelnden Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ sowie vom P.\_\_\_\_ eine Verschlechterung mit zum Teil schwerer depressiver Symptomatik beschrieben werde. Diese ausgeprägte Verschlechterung habe sich anlässlich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung nicht mehr bestätigen lassen. Eine retrograde Beurteilung, (d.h.) ob im Jahre 2011 (der Bericht des P.\_\_\_\_ datiere vom 17. August 2011) tatsächlich eine schwere depressive Symptomatik vorgelegen habe, könne weder verifiziert noch falsifiziert werden. Der aktuelle psychopathologische Befund divergiere nicht wesentlich mit der Beschreibung im Z.\_\_\_\_-Gutachten. Die verschiedenen Krankheitskomponenten (somatoforme Schmerzen, fluktuierende depressive Verstimmung, Angstsymptome, Persönlichkeitsstörung) würden miteinander interagieren (Urk. 11/154/14).

??????? Die Foersteschen Kriterien seien teilweise erfüllt. Die Beschwerdeführerin beschreibe einen gewissen sozialen Rückzug. Auf dem Hintergrund der multiplen Belastungen in der Lebensgeschichte sei ein primärer Krankheitsgewinn im Sinne einer Entlastung von intrapsychischen Konflikten (die jedoch erst nach längerer Behandlungsdauer ersichtlich würden) vorstellbar. Die Beschwerdeführerin weise

wahrscheinlich im Rahmen der Persönlichkeitsstörung ein buntes psychopathologisches Zustandsbild auf, das im Verlauf auch stark fluktuierend beschrieben werde. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei nicht ausschliesslich durch die somatoforme Schmerzsymptomatik, sondern auch durch die begleitenden psychischen Symptome (Depression, Angst, Persönlichkeitsstörung) mitbegründet (Urk. 11/154/15).

#### E. 4

4.1.1.1 Das hiesige Gericht hatte mit Urteil vom 6. Juli 2010 zu prüfen, ob seit des einen Rentenanspruch verneinenden Einspracheentscheides der Beschwerdegegnerin vom 25. Januar 2007 (Urk. 11/58) bis zum Erlass der Verfügung vom 11. Juni 2009 (Urk. 11/99) eine Änderung des medizinischen und/oder erwerblichen Sachverhalts eingetreten ist, aufgrund welcher sie nunmehr Anspruch auf eine Rente gehabt hätte. Es erwog in E. 4.2.3 des erwählten Urteils, die Tatsache allein, dass die involvierten Ärzte für die gleichen Befunde allenfalls andere Diagnosen stellten bzw. zu anderen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gelangten, sei nicht massgebend, da sich der Gesundheitszustand und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in etwa gleich präsentierte wie anlässlich der Z.\_\_\_\_-Begutachtung (vom 7. und 11. November 2005, Urk. 11/33). Andere Beurteilungen eines gleichbleibenden Sachverhaltes seien jedoch unbeachtlich. Damit sei bezüglich der Arbeitsfähigkeit die Einbusse gleich geblieben und betrage 30 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 11/125).

#### 4.2.1.1

4.2.1.1 Dr. H.\_\_\_\_ erstattete sein Gutachten vom 7. Dezember 2011 in Kenntnis der Vorakten (Urk. 11/154/1-6) und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin (insbes. Urk. 11/154/7) sowie nach eingehender, an zwei Tagen durchgeführter psychiatrischer Untersuchung derselben (Urk. 11/154/1). Seine Beurteilung der medizinischen Situation und seine Schlussfolgerungen sind - mit einer Ausnahme (E. 4.2.3) - einleuchtend und nachvollziehbar begründet, so dass seiner Expertise grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (E. 2.5).

4.2.2.1 S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie der Psychologe Dr. phil. klin. psych. T.\_\_\_\_ vom P.\_\_\_\_ führen zur Begründung ihres Standpunktes, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem 29. Dezember 2005 verschlechtert habe, im Bericht vom 17. August 2011 an, dass im Vergleich zum Z.\_\_\_\_-Gutachten neu eine posttraumatische Belastungsstörung, eine generalisierte Angststörung (nicht nur eine isolierte phobische Störung) sowie eine Persönlichkeitsstörung hinzugekommen seien (Urk. 3/2 S. 2). Dr. E.\_\_\_\_ weist im Bericht vom 19. September 2011 darauf hin, dass seit dem Frühjahr 2011 bei der Beschwerdeführerin eine schwere depressive Episode bestehe (E. 3.4.4).

4.2.3.1 Entgegen der Ansicht des Psychiaters S.\_\_\_\_ sowie des Psychologen Dr. T.\_\_\_\_ (E. 3.4.3) und derjenigen von Dr. E.\_\_\_\_ (E. 3.4.4) ist aufgrund der von Dr. H.\_\_\_\_ erhobenen Befunde sowie seiner weiteren Feststellungen nicht davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin (noch) eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Eine solche wurde bereits anlässlich der Z.\_\_\_\_-Begutachtung vom 7./11. November 2005 mit überzeugender Begründung verneint (Urk. 11/33/12-13; Urk. 11/33/20-21, wo unter anderem ebenfalls beschrieben wird, dass die Beschwerdeführerin nicht über Vermeidungsverhalten oder Flashbacks berichtet habe).

??????? Hinzuweisen ist darauf, dass Dr. H.\_\_\_\_ nicht der Meinung ist, die Persönlichkeitsstörung sei erst nach der Z.\_\_\_\_-Begutachtung im Jahre 2005 aufgetreten, sondern vielmehr den Standpunkt vertritt, dass diese damals schon bestanden habe, im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 29. Dezember 2005 (Urk. 11/33) aber ungenügend mitberücksichtigt worden sei (Urk. 11/154/13). Diese Auffassung ist insofern überzeugend, als Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit und in der Adoleszenz beginnen und bis ins Erwachsenenalter andauern (Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 7. Auflage, Bern 2010, S. 244). Seine im Wesentlichen aufgrund anamnestischer Angaben gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung begründet Dr. H.\_\_\_\_ vor allem mit der belastenden Lebensgeschichte mit früher Trennung von der Herkunftsfamilie und multiplen psychosozialen Belastungen der Beschwerdeführerin (Urk. 11/154/12). Bei der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ erwähnte die Beschwerdeführerin indes, sie habe bis zum 19. Lebensjahr im elterlichen Haushalt mitgeholfen (Urk. 11/33/4) und eine unbeschwertere Kindheit und Jugend verlebt. Bis zum Unfall vom 5. August 2002 habe sich ihr Leben so entwickelt, wie sie es sich gewünscht habe (Urk. 11/33/12). Dies erklärt auch, warum die Z.\_\_\_\_-Gutachter auf diese angeblich belastende Lebensgeschichte nicht eingegangen sind. Der die Beschwerdeführerin vormals behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Juli 2008 ebenfalls keine Persönlichkeitsstörung (Urk. 11/73/2). Dr. E.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 24. September 2008 aus, dass die Beschwerdeführerin ab dem fünften Altersjahr bei der Tante geblieben sei, wobei sie sich angeblich ohne grössere Probleme an die neue Lebenssituation angepasst habe (Urk. 11/83/2). Seitens der G.\_\_\_\_, auf welche sich Dr. H.\_\_\_\_ explizit bezieht (E. 3.5.2), wird die im Austrittsbericht vom 12. Mai 2010 gestellte Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0) mit dem von der Beschwerdeführerin während der dortigen Behandlung an den Tag gelegten Verhalten begründet. Auf die Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin wird nicht eingegangen (Urk. 11/121/2-3). Vor diesem Hintergrund vermag die Feststellung von Dr. H.\_\_\_\_, wonach bei der Beschwerdeführerin seit der Adoleszenz eine Persönlichkeitsstörung besteht (E. 3.5.3), nicht zu überzeugen.

??????? Laut Psychiater S.\_\_\_\_ und Psychologin Dr. T.\_\_\_\_ sprechen seit 2006 vorherrschende Symptome wie deutliche Anspannung, Herzrasen, Schweissausbrüche, Mundtrockenheit, Atemnot, Beklemmungsgefühle, Schwindel, Unsicherheit, dauernder Kontrollverlust, übertriebenes Davonlaufen, anhaltende Reizbarkeit sowie Einschlafstörungen für das Vorliegen einer generalisierten Angststörung (Urk. 3/3 S. 3). Demgegenüber konnte Dr. H.\_\_\_\_ bei seinen Untersuchungen vom 29. November und 5. Dezember 2011 solche Befunde nicht erheben (Urk. 11/154/9-10) und stellte entsprechend fest, dass eine eigentliche generalisierte Angststörung nicht eruierbar sei (Urk. 11/154/12). Die Beschwerdeführerin beschrieb ihm gegenüber solche Symptome nicht im Einzelnen, machte indes Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie - wie bereits anlässlich der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ (Urk. 11/33/13) - phobische Ängste geltend. Ein ausgeprägtes invalidisierendes Vermeidungsverhalten erwähnte sie nicht (Urk. 11/154/7). Gestützt auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2011 ist das Vorliegen einer generalisierten Angststörung zu verneinen.

??????? Schliesslich konnte Dr. H.\_\_\_\_ anlässlich der gutachterlichen Untersuchung klinisch nur ein leichtgradiges depressives Syndrom feststellen (Urk. 3.5.4).

4.2.3?? Anders als Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierten die Z.\_\_\_\_-Gutachter im Jahre 2005 noch keine somatoforme Schmerzst?rung. Sie vertraten damals die Auffassung, dass die Schmerzsymptomatik als somatoformer Ausdruck der depressiven St?rung interpretiert werden, eine eigentliche somatoforme Schmerzst?rung jedoch nicht erhoben werden k?nne (Urk. 11/33/14 und Urk. 11/33/16). Dr. H.\_\_\_\_ stellt zwar neu die Diagnose einer somatoformen Schmerzst?rung nach ICD-10 F45.4, h?lt aber gleichzeitig fest, dass die aktuellen psychopathologischen Befunde nicht wesentlich mit der Beschreibung im Z.\_\_\_\_-Gutachten divergierten und es sich bei seiner Einsch?tzung um eine die Pers?nlichkeitsst?rung mitber?cksichtigende Neu Beurteilung der im Prinzip ?hnlichen Situation wie im Jahr 2005 handle (Urk. 11/54/13-14).

???????? Dr. H.\_\_\_\_ hat keine Ausf?hrungen dazu gemacht, weshalb er die Diagnosekriterien einer somatoformen Schmerzst?rung nunmehr als erf?llt betrachtet. Die von ihm erhobenen Befunde (Urk. 11/154/9) stimmen denn auch insoweit im Wesentlichen mit denjenigen im Bericht der psychiatrischen Untersuchungs Befunde des Z.\_\_\_\_ vom 7. November 2005 (Urk. 11/33/19) ?berein. Insbesondere hatte die Beschwerdef?hrerin bereits damals die k?rperlichen Beschwerden in den Vordergrund gestellt.

???????? Bei somatoformen Schmerzst?rungen wie auch bei sonstigen vergleichbaren pathogenetisch (?tiologisch) unklaren syndromalen Leidenszust?nden (BGE 132 V 393 E. 3 2 Seite 399) - wozu auch das seitens des Z.\_\_\_\_ erhobene tendomyotische cervicocephale und rechtsseitig cervicobrachiale Syndrom ohne organisches Korrelat (Urk. 11/33/14) zu z?hlen ist - ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes die Frage zu pr?fen, ob und inwieweit bei der versicherten Person nebst dieser St?rung resp. diesem Leidenszustand bestimmte Umst?nde vorliegen, welche einer ad?quaten Schmerzbew?ltigung objektiv entgegenstehen (vgl. E. 2.1). Der psychiatrische Gutachter des Z.\_\_\_\_ hatte sich - im Gegensatz zu Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 11/154/14) - zu dieser Frage nicht explizit ge?ussert (Urk. 11/33/19-21). Aufgrund der nachfolgenden Ausf?hrungen besteht jedoch kein Grund zur Annahme, dass insgesamt die rechtsprechungsgem?ss relevanten Umst?nde im Zeitpunkt der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ erheblich weniger ausgepr?gt vorhanden gewesen sein k?nnten als anl?sslich der Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_.

???????? Vor dem Hintergrund, dass selbst mittelgradige depressive Episoden praxisgem?ss regelm?ssig als keine von depressiven Verstimmungszust?nden klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbst?ndigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, die es der betroffenen Person verunm?glichen, die Folgen einer Schmerzproblematik zu ?berwinden (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_213/2012 vom 13. April 2012, E. 3.2, mit weiteren Hinweisen; woran sich im ?brigen auch nichts ?ndert, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven St?rung diagnostiziert ist, vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_176/2011 vom 29. August 2011, E. 4.3), und die Diagnose Pers?nlichkeitsst?rung nicht schl?ssig gestellt wurde, ist das Vorliegen einer psychischen Komorbidit?t von erheblicher Schwere, Auspr?gung und Dauer sowohl f?r den Zeitpunkt der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ als auch f?r den Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_ zu verneinen. F?r diesen Zeitpunkt gilt dies umso mehr, als Dr. H.\_\_\_\_ nur noch eine leichte depressive Symptomatik erhebt und aus seinen weiteren Feststellungen hervorgeht, dass zus?tzliche - invalidit?tsfremde - psychosoziale Belastungsfaktoren (BGE 127 V 299 E. 5.a), namentlich die schwere psychotische Erkrankung eines Sohnes der Beschwerdef?hrerin im Jahr 2008 (Urk. 11/154/7 und Urk. 11/154/9), das psychische Beschwerdebild mitbestimmen. Dr. H.\_\_\_\_ sieht von den

rechtsprechungsgemäss zu prüfenden weiteren Faktoren (vgl. E. 2.1), welche auch als Foerstersche Kriterien bezeichnet werden, zwei als teilweise erfüllt an. Er weist darauf hin, dass die Beschwerdeführerin einen gewissen sozialen Rückzug beschreibe und dass wegen der multiplen Belastungen in der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin ein primärer Krankheitsgewinn vorstellbar sei (E. 3.5.4). Den Akten ist zwar zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sozial zurückgezogen lebt, doch bestand bzw. besteht regelmässiger Kontakt zu den erwachsenen Kindern und seit 2010 zu ihrem Arbeitgeber, einem kroatischen Pfarrer in ? (Urk. 11/154/7-8). Ferner war die Beschwerdeführerin im Jahre 2010 zweimal in Kroatien in den Ferien (Urk. 11/154/13). Ein Rückzug in allen Belangen des Lebens war und ist demnach nicht gegeben. Eigentliche chronische körperliche Begleiterkrankungen waren resp. sind aufgrund der Akten nicht ausgewiesen (vgl. etwa Urk. 11/48/26: unauffällige, rheumatologische und peripher-neurologische Untersuchungsbefunde, unauffälliges bildgebendes Verfahren). Das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (E. 2.1) erscheint - anders als noch im Zeitpunkt der Begutachtung im Z. \_\_\_ (die Beschwerdeführerin stand damals seit 2003 einmal monatlich in psychiatrischer Behandlung [Urk. 11/33/19]) - insofern teilweise als erfüllt, als sich die Beschwerdeführerin 2009 während rund drei Wochen einer stationären psychosomatischen Rehabilitation in der F. \_\_\_ unterzog und vom 28. Januar bis 12. Mai 2010 in der G. \_\_\_ in tagesklinischer Behandlung stand. Eine längere stationäre psychiatrische Behandlung fand jedoch bislang nicht statt. Sodann ist sie zwar weiterhin in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung, und zwar seit 2008 bei Dr. E. \_\_\_ (E. 3.3.2). Sie sucht diese jedoch ebenfalls lediglich einmal pro Monat auf (Urk. 11/117/2, Urk. 11/154/7-8), was im übrigen nicht auf einen ausgeprägten psychischen Leidensdruck schliessen lässt. Hinsichtlich des Kriteriums des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung ist festzuhalten, dass Dr. H. \_\_\_ bei der Beschwerdeführerin nur noch eine leichte depressive Symptomatik feststellen konnte, wohingegen im Gutachten des Z. \_\_\_ von einer depressiven Symptomatik im Sinne einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen worden war (Urk. 11/33/21). Im Weiteren sei darauf verwiesen, dass im Austrittsbericht des G. \_\_\_ vom 12. Mai 2010 keine depressive Erkrankung diagnostiziert wurde (Urk. 11/121/1), was dafür spricht, dass in diesem Zeitpunkt keine solche bestand. Insgesamt lagen die rechtsprechungsgemässen Kriterien im Zeitpunkt der Begutachtung im Z. \_\_\_ und der Begutachtung durch Dr. H. \_\_\_ gleichsam klar nicht in genügender Intensität und Konstanz vor, um den Schluss auf eine die Ausübung angepasster Erwerbstätigkeit gänzlich ausschliessende Schmerzstörung zuzulassen.

#### **E. 4.3**

???? Dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Beschwerdeführerin demgegenüber von einer massgeblichen Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ausgehen (vgl. E. 3.4), ändert daran nach dem Gesagten nichts, zumal auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Spezialärzte (ebenso wie Hausärzte) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc, BGE 122 V 160 E. 1c, je mit Hinweisen). Wenn sie im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung das Mass des Forderbaren anders beurteilen als der von der Beschwerdegegnerin beigezogene Facharzt, lässt sich dies sodann auch durch ihren primären Auftrag als behandelnde Ärztinnen und Ärzte erklären, welcher sich von

demjenigen eines Gutachters oder eine Gutachterin grundsätzlich unterscheidet (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichtes I 401/06 vom 19. Juli 2007, E. 3.3 und 8C\_768/2012 vom 24. Januar 2013, E. 3).

4.4???? Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es, wie erwähnt (vgl. E. 2.4), nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der letzten Verfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der letzten Verfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzu gekommen sind oder diesen verändert haben. Eine voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsrechtlichen Voraussetzungen genügt nach ständiger Rechtsprechung weder für eine revisions- noch eine wiedererweisungsweise Herabsetzung der Invalidenrente (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_698/2010 vom 18. März 2011, E. 2.1, mit Hinweisen). Dies gilt analog auch im Falle einer Neuanmeldung (BGE 130 V 71 E. 3.2). Zwar weicht Dr. H. \_\_\_ sowohl bei der Diagnosestellung wie auch in seiner Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von den Z. \_\_\_-Gutachtern und den die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzten ab, er weist indes ausdrücklich darauf hin, dass sich gegenüber der Begutachtung im Z. \_\_\_ im Jahre 2005 keine wesentliche Verschlechterung der klinisch feststellbaren Befunde ergeben habe (E. 3.5.2), was nach dem Gesagten überzeugend erscheint. Es ist deshalb davon auszugehen, dass gegenüber dem mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2009 (Urk. 11/99) beurteilten Sachverhalt keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

4.5???? Eine allfällige Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2011 (Urk. 2) betrifft nicht mehr den vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt (E. 2.6). Nachdem die Beschwerdegegnerin am 29. Dezember 2011 die Abweisung des Leistungsbegehrens der Beschwerdeführerin verfügt hatte, ging ihr der Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 12. Januar 2012 zu, worin er in dessen lediglich seine bisherige Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bekräftigt (Urk. 11/160). Die von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren aufgelegten Berichte der I. \_\_\_ vom 19. Juni 2012 (Urk. 14/1-2) beziehen sich auf deren Hospitalisation in dieser Klinik vom 6. Februar bis 12. Mai 2012. In medizinischer Hinsicht lassen diese Berichte keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum zu und vermögen ebenfalls keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens von Dr. H. \_\_\_ vom 7. Dezember 2011 (Urk. 11/154) zu begründen. Aus der im Austrittsbericht der I. \_\_\_ beschriebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den letzten Wochen vor Klinikeintritt am 6. Februar 2012 (Urk. 14/1 S. 2) kann jedenfalls nicht abgeleitet werden, dass im Verfügungszeitpunkt (29. Dezember 2011) die während des Aufenthalts in der I. \_\_\_ diagnostizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) bereits bestanden hat. Es kommt hinzu, dass in den Berichten der I. \_\_\_ zwar die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt wurde (Urk. 14/1 S. 1), ebenso aber auch darauf hingewiesen wurde, dass die Beschwerdeführerin in gebesserter depressiver Symptomatik aus der Klinik ausgetreten sei (Urk. 14/2 S. 1).

5.????? Eine (erhebliche) Änderung der erwerblichen Auswirkungen des (nach dem Gesagten an sich gleich gebliebenen) Gesundheitszustandes wurde seitens der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich, ebenso wenig,

dass sie im Gesundheitsfall nicht mehr zu 70 % erwerbs- und zu 30 % im Haushalt tätig wäre (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2 und E. 4.1). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keine Abklärung der Einschränkung im Haushaltbereich vorgenommen hat (vgl. Urk. 11/125/11 E. 4.2). Eine solche wurde denn seitens der Beschwerdeführerin auch nicht beantragt.

6. Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2011 (Urk. 2) als rechtmässig, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

## **E. 7**

Bei der Beschwerdeführerin sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt. In Bewilligung des Gesuchs vom 30. Januar 2012 (Urk. 1 S. 1) ist ihr deshalb für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

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) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann sie das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Prozessführung verpflichtet (Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht beschliesst:

Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- 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.