

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00123 vom 23. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00123)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00123 du 23 avril 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00123 del 23 aprile 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28 IVG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV (bis 31. Dezember 2011: Abs. 4) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 (bis 31. Dezember 2011: Abs. 3) dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführerin aus ärztlicher Sicht die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin sowie jede andere Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 40 % ohne wesentlichen Unterbruch während eines Jahres und eine weiterhin andauernde Erwerbsunfähigkeit liege somit nicht vor (S. 1

unten). Die Beschwerdegegnerin stellte einem Valideneinkommen von Fr. 52'032.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 41'625.60 gegenüber und ermittelte einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % (S. 2 oben).

Im Rahmen der Vernehmlassung (Urk. 8) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die im A.\_\_\_\_-Gutachten diagnostizierte leichtgradige depressive Episode stelle keine psychische Komorbidität dar. Die zu präferierenden Faktoren, welche zu einer ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der Beschwerdeüberwindung führen könnten, lägen nicht in gehäuft und erheblicher Form vor. Demnach sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden überwinden könnte, womit auch keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes vorliege (S. 2).

2.2 Die Beschwerdeführerin kritisierte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) insbesondere das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. Mai 2011 und verwies dazu auf die Stellungnahmen der Ärzte des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_. Sie sei angesichts ihrer multiplen physischen und psychischen Belastung nicht arbeitsfähig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im A.\_\_\_\_-Gutachten sei lebensfremd (S. 4 f.).

In der Replik (Urk. 15) führte die Beschwerdeführerin an, dass sie nicht nur in erhöhtem Masse krank sei, sondern auch von vielen Schmerzen, Ängsten und Sorgen belastet werde. Deshalb sei es ihr nicht mehr möglich, eine Arbeit zu finden und sie könne einem Arbeitgeber auch nicht mehr zugemutet werden. Die gesundheitlichen und psychischen Probleme, vermischt mit sozialen Nöten, hätten sich in ihrem Innern zu einem unentwirrbaren Knoten zusammengefügt. Der Zustand sei chronifiziert, sie sei heute voll arbeitsunfähig (S. 2 f.).

Demnach ist zu präferieren, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin verhält. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der ersten Anmeldung im Jahr 2002 ist unbestritten. Auf den Gesundheitszustand in den Jahren 2002 und 2003 - Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Fusses im Vordergrund, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, Fibromyalgie (vgl. Zusammenstellung der Berichte und Würdigung im A.\_\_\_\_-Gutachten, Urk. 9/57/1-24 S. 3 ff. und S. 19) - ist im Folgenden nicht einzugehen. Strittig ist nicht die damalige Würdigung, sondern die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes.

### E. 3

3.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, nannte im Bericht vom 18. Januar 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/36) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische fibromyalgieähnliche Schmerzkrankheit mit Symptomatik eines Chronic-Fatigue-Syndroms. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er ein Colon irritabile an (Ziff. 1.1). Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, es beständen keine strukturellen Läsionen am Bewegungsapparat, auf denen die Beschwerden somatisch abgestützt werden könnten. Im Vordergrund stehe eine generalisierte Schmerzkrankheit, verbunden mit chronischer Müdigkeit, Depressivität und Dekonditionierung. Die Tätigkeit als Spitalgehilfin auf Abruf sei der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch zumutbar, ebenso eine wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeit während 4 Stunden (Ziff. 1.7). Seines Erachtens sei eine Begutachtung angezeigt, welche auch die psychosomatische Seite zu berücksichtigen hätte, eventuell ergänzt durch eine EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit; Ziff. 1.11).

3.2. Dr. med. D.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, nannte im Bericht vom 1. März 2010 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 9/43) folgende Diagnosen:

- chronische Schmerzen vom Nacken bis zu den Händen und Füßen
- Sinus tarsi Syndrom des linken Fusses
- Fibrose calcaneo naviculare Qualition
- Fibromyalgie
- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Klagen über Schmerzen auf der ulnaren Seite an beiden Händen
- psychosozial schwierige Situation bei Familienkonflikt und Konflikten mit den Kindern

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, aktuell leide die Beschwerdeführerin vor allem an Schmerzen im Schulter- und Handbereich beidseits (Ziff. 1.4). Aufgrund der Schmerzproblematik sei sie körperlich eingeschränkt und nicht mehr leistungsfähig. Aus psychiatrischer Sicht bestünden Einschränkungen im Sinne eines Burn-outs bei familiären Problemen und Problemen mit den Kindern. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7).

3.3. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ (B.\_\_\_\_) nannten im Bericht vom 25. Juni 2010 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 9/46/6-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- mittelgradige depressive Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Störung durch Medikamente

Die behandelnden Ärzte gaben zu den aktuellen Beschwerden an, die Beschwerdeführerin beklage ganztags Schmerzen am ganzen Körper von unterschiedlicher Intensität. Des Weiteren bestünden Schlafstörungen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Gedankenkreisen, Rückzug sowie teilweise auch Nervosität und Aggressionen. Auch habe eine Appetitzunahme (Gewichtszunahme) stattgefunden. Ansonsten lägen keine somatischen Befunde vor (Ziff. 1.4). Wegen den Schmerzen und der Depression könne die Beschwerdeführerin nicht mehr lange stehen, sitzen oder gehen. Sie müsse immer wieder liegen und sich zurückziehen können. Aufgrund der Depression bestünden eine deutliche Verlangsamung sowie Konzentrationsstörungen. Auch habe sie Schwierigkeiten, Instruktionen zu befolgen (Ziff. 1.7). Die Prognose sei in Anbetracht der zunehmenden Schmerzen und der Depression trotz medikamentöser Behandlung eher schlecht (Ziff. 1.4). Die Ärzte des B.\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin seit August 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vor Ziff. 1.1).

3.4. Die Ärzte des A.\_\_\_\_ erstatteten am 2. Mai 2011 ihr Gutachten zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 9/57/1-24), welches auf den vorhandenen Akten sowie einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Begutachtung basierte (vgl. S. 1). Im Gutachten wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angeführt (S. 18 Ziff. 1):

- leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom

- Somatisierungsstörung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung sowie somatoformer, autonomer Funktionsstörung

- rezidivierendes zervikales, thorakales und lumbales Schmerzsyndrom bei Fehlstatik, Hyperlaxizität, muskulärer Dysbalance, ohne radikuläre Symptomatik

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zudem wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 18 Ziff. 2):

- langjähriger Ehekonflikt und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung

- schädlicher Gebrauch von Analgetika

- initiale Heberdenarthrose, ohne Funktionseinschränkung

- initiale Gonarthrose/Retropatellararthrose, ohne Funktionseinschränkung

- anamnestisch unklares neuropathisches Schmerzbild linker Fuss mit Verdacht auf Peroneus-Sehnenganglion

- Epicondylopathie beidseits, ohne Funktionseinschränkungen

- Osteopenie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter des A. \_\_\_ gaben an, die Beschwerdeführerin beklage Schmerzen der gesamten Wirbelsäule, der Muskeln und Sehnen. In letzter Zeit habe sie auch häufig Schwindelattacken. Sie leide an Schmerzen einiger Fingergelenke, Muskelbeschwerden der Arme, Schmerzen im linken Ellbogen sowie migräneartigen Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen. Aufgrund der ausgeprägten, ständig vorhandenen Schmerzen könne sie kaum ihren Haushalt versorgen, ihr jüngster Sohn müsse ihr in vielem helfen. Durch ihre lange Morgensteifigkeit, die ständige Müdigkeit und Erschöpfung sowie Schmerzen brauche sie für die einzelnen Tätigkeiten sehr lange Zeit (S. 10 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, dass keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung beständen. Es liege aber eine ungünstige Statik der Wirbelsäule vor, mit muskulärer Dysbalance und deutlicher Dekonditionierung, die durch das ständige Liegen der Beschwerdeführerin noch verstärkt werde. Auffallend sei die erhebliche Diskrepanz des ausdrücklich geschilderten Beschwerdebildes und des objektiven Befundes, aber auch des Medikamentengebrauchs. Offensichtlich scheine die Beschwerdeführerin die medikamentöse Schmerztherapie nicht so zu benützen, wie sie eingestellt sei. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin bei freier Beweglichkeit der Gelenke und Wirbelsäule durchaus arbeitsfähig. Aufgrund der Statikstörungen der Wirbelsäule mit konsekutivem Zervikal- und Lumbalsyndrom ergäben sich gewisse qualitative Einschränkungen. Geeignet seien leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne Zwangshaltungen, lange beackende Haltung und längere Überkopparbeiten. Die Tätigkeit als Pflegehelferin sei für eine Präsenzzeit von 80 % mit einer Leistungsminderung von 20 % (und somit etwa zu 64 %) ausführbar. In einer Verweistätigkeit mit den genannten Bedingungen bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Im Vordergrund ständen erhebliche psychosoziale Probleme, die die Schmerzverarbeitung negativ beeinflussen und psychiatrischerseits zu beurteilen seien (S. 15 f.).

Die psychiatrische Gutachterin führte im Rahmen der Befunderhebung aus, die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und wirke durchgehend aufmerksam und konzentriert. Die von ihr vorgetragene Gedächtnisstörungen seien nicht objektivierbar. Die Affektlage sei leichtgradig depressiv ausgelenkt. Es bestehe eine eingeeengte emotionale Schwingungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei emotional auf das Erleben von Körperperschmerzen und biographische Vorgänge fixiert (Psychiatrisches Teilgutachten, Urk. 9/57/25-32 S. 28 f.). Im Mittelpunkt stünden generalisierte Körperperschmerzen, die sich auf manuelle Berührung verstärken würden. Nach der vorliegenden traumatischen Ehegeschichte und zahlreicher Problematik im innerfamiliären, sozialen und auch weiteren seelischen Erleben der Explorandin seien die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung erfüllt. Zusätzlich stellten sich nach Anamnese, Verlauf und Befund die Faktoren einer leichten depressiven Episode dar. Somit bestehe hier eine Komorbidität, allerdings nicht sehr einschränkende Ausmasses. Die depressiven Äquivalente im psychischen Befund seien nicht fixiert. Die Beschwerdeführerin sei zwischenzeitlich auch ablenkbar. Es fanden sich keine kognitiven Einschränkungen. Die von der Beschwerdeführerin als erheblich vorgetragene Kraftlosigkeit, Erschöpfung und Einschränkung des Allgemeinzustandes könne mit den objektiven Befunden nicht in Einklang gebracht werden. Aus objektiver Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nur geringfügig eingeschränkt. Aufgrund der beschriebenen psychopathologischen Funktionsstörungen sei eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu validieren (Psychiatrisches Teilgutachten, Urk. 9/57/25-32 S. 30).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe eine Arbeitsfähigkeit für 80 % Präsenzzeit mit einer Leistungsminderung um 20 %, somit errechnet eine Arbeitsfähigkeit von etwa 64 %. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung von 20 % auch in optimal angepassten Tätigkeiten (Urk. 9/57/1-24 S. 19 Mitte). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte ab Gutachtenszeitpunkt (Urk. 9/57/1-24 S. 21 Ziff. 1).

Mit ergänzender Stellungnahme vom 22. Juni 2011 (Urk. 9/62) wiesen die A.-Gutachter darauf hin, dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der gutachterlichen Untersuchung und der Akten nicht möglich sei. Zudem wurde ein Druckfehler berichtigt.

Die Ärzte des B. nahmen mit Berichten vom 23. September 2011 (Urk. 9/75) und 30. Januar 2012 (Urk. 3/3) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Stellung zum A.-Gutachten. Sie beanstandeten, dass dieses nicht sorgfältig erstellt worden sei, kritisierten unter anderem die ICD-10-Codierung der Diagnosen und erachteten die Beurteilung der A.-Gutachter als nicht haltbar.

Im Bericht vom 23. September 2011 (Urk. 9/75) führten die Ärzte des B. zudem aus, die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom sei nicht aufrecht zu erhalten. Zwei von drei Symptomen (depressive Stimmung, Interessen- und Freudeverlust, verminderter Antrieb) müssten für eine leichte Depression vorhanden sein, effektiv seien mit Sicherheit alle drei Symptome deutlich ausgeprägt. Daher sei diese Diagnose falsch. Darüber hinaus müssten nur zwei weitere der sieben Symptome (Verlust an Selbstvertrauen, Selbstvorwürfe, Gedanken an Tod, Konzentrationsstörungen, psychomotorische Hemmung,

Schlafstörungen, Appetitverlust/-steigerung) vorhanden sein; effektiv seien mindestens drei weitere Symptome vorhanden, was einer mittelgradigen Depression entspreche (S. 3 Ziff. 13). Die begründeten Diagnosen wie auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien ihrem Bericht vom 3. Februar 2011 zu entnehmen. Dort seien ein positives und ein negatives Leistungsbild erhoben worden, nach dem im A.\_\_\_\_-Gutachten vergeblich gesucht werde. Das negative Leistungsbild umfasse kein schweres Heben, keine Dauerbelastung durch Gehen und Stehen, keinen Stress, keinen Publikumsverkehr und keine schweren Arbeiten. Die Beschwerdeführerin müsse immer wieder liegen können. Das positive Leistungsbild umfasse, dass der Alltag verlangsamt noch bewertigbar sei. Die Beschwerdeführerin könne etwa zwei Stunden spazieren, während zwei Stunden sitzen und Gewichte von bis 5 kg heben. Aufgrund der Depression und des negativen und positiven Leistungsbildes sowie der Fremdbeurteilung der Depression sei sie auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 16).

3.7 Die Ärzte des B.\_\_\_\_ hielten mit Stellungnahme vom 14. Mai 2012 (Urk. 16) an ihrer Kritik am A.\_\_\_\_-Gutachten fest. Sie hätten klar bewiesen, dass es sich beim Zustandsbild um eine mittelgradige depressive Episode handle, welche zu den Schmerzen eine komorbide Störung darstelle, und diese die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränke (S. 1).

#### E. 4

4.1 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit liegen die Einschätzungen der Ärzte des B.\_\_\_\_ sowie der A.\_\_\_\_-Gutachter vor. Dr. D.\_\_\_\_ äusserte sich lediglich zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und der Rheumatologe Dr. C.\_\_\_\_ nahm keine abschliessende Beurteilung vor, sondern empfahl weitere Abklärungen.

Aus rheumatologischer Sicht bestehen diverse qualitative Einschränkungen. Die Ärzte des B.\_\_\_\_ hielten dazu fest, das negative Leistungsbild umfasse kein schweres Heben, keine Dauerbelastung durch Gehen und Stehen und keine schweren Arbeiten. Auch die A.\_\_\_\_-Gutachter gaben an, dass der Beschwerdeführerin keine schweren Tätigkeiten zumutbar seien, ausserdem kein Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, keine Zwangshaltungen und keine längere Kniekopparbeiten. Die Mehrzahl der Merkmale des negativen Leistungsbildes deckt sich folglich mit der Umschreibung der Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit im A.\_\_\_\_-Gutachten.

Im Vordergrund steht indessen die psychiatrische Beurteilung. Unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt. Daneben diagnostizierten die Gutachter des A.\_\_\_\_ eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom und gingen aus psychiatrischer Sicht von einer Einschränkung von 20 % auch in optimal angepassten Tätigkeiten aus. Demgegenüber stellten die Ärzte des B.\_\_\_\_ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und attestierten der Beschwerdeführerin wegen der Depression und den Schmerzen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 3/3 S. 2 unten).

4.2 Die ausführliche Expertise der A.\_\_\_\_-Gutachter vom 2. Mai 2011 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1.3) vollumfänglich. Sie setzte sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander, berücksichtigte die Darstellung und Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin und insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Schliesslich sind

die Darlegungen begründet und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Die Beurteilung durch die behandelnden Ärzte des B. \_\_\_ vermag das A. \_\_\_-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. So beinhaltet das von den Ärzten des B. \_\_\_ erhobene positive Leistungsbild erkennbar die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin. Auf diese ist indessen nicht abzustellen. Auch begründeten die Ärzte des B. \_\_\_ die von ihnen attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht näher. Des Weiteren ist die abweichende Beurteilung der depressiven Symptomatik durch die Ärzte des B. \_\_\_ nicht schlüssig. So erörterten diese selbst im Rahmen der Kritik am A. \_\_\_-Gutachten respektive an der dort diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode die von ihnen gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht näher. Sie hielten lediglich fest, wie viele Symptome einer depressiven Störung ihres Erachtens effektiv vorhanden seien, ohne diese jedoch im Einzelnen zu bezeichnen (Urk. 9/75 S. 3 Ziff. 13, vgl. vorstehende E. 3.6).

Den A. \_\_\_-Gutachtern lag neben dem oben zitierten Bericht der Ärzte des B. \_\_\_ vom 25. Juni 2010 auch ein aktuellerer Bericht vom 3. Februar 2011 vor (vgl. Urk. 9/57/1-24 S. 8 f.). Im Rahmen der Würdigung führten die A. \_\_\_-Gutachter dazu aus, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten können angesichts der beschriebenen Diagnosen aus gutachterlicher Sicht nicht gänzlich nachvollzogen werden. So verfiere die Beschwerdeführerin über gute psychische Ressourcen, ihre angegebenen Störungen zu überwinden. Zudem lägen zahlreiche invaliditätsfremde Faktoren vor, die nicht gewichtet worden seien (Urk. 9/57/1-24 S. 30 unten).

Betreffend die übrigen im Bericht der Ärzte des B. \_\_\_ vom 23. September 2011 (Urk. 9/75) geäußerten Kritikpunkte am A. \_\_\_-Gutachten kann auf die überzeugenden Ausführungen in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden (Urk. 2 S. 2 ff.).

Nach dem Gesagten ist auf das A. \_\_\_-Gutachten abzustellen. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit ergibt sich aufgrund der Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 64 %. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine Einschränkung von 20 % auch in optimal angepassten Tätigkeiten festgestellt. Zu prägen bleibt, ob die aufgrund der somatoformen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode attestierte Einschränkung aus versicherungsrechtlicher Sicht überhaupt berücksichtigt werden kann.

4.3 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne

längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

4.4.4.4 Das zentrale Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist vorliegend nicht gegeben. Die im A.\_\_\_\_-Gutachten diagnostizierte leichtgradige depressive Episode ist nicht hinreichend erheblich. Vielmehr ist betreffend die vorliegenden depressiven Symptome - entsprechend BGE 130 V 352 E. 3.3.1 - in Würdigung der Aktenlage davon auszugehen, dass es sich um Begleiterscheinungen der somatoformen Schmerzstörung und nicht um ein selbstständiges, vom Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt. So bestand die depressive Problematik auch nicht vor Entstehung der Schmerzproblematik, sondern hat sich vielmehr im Zusammenhang mit dieser - in Kombination überdies mit einer ausgeprägten psychosozialen Belastungssituation (insbesondere langjähriger Ehekonflikt, Probleme mit den Kindern und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung) - herausgebildet. Zu bemerken bleibt, dass selbst eine mittelgradige depressive Episode - wie sie seitens der Ärzte des B.\_\_\_\_ diagnostiziert wurde - zu keiner abweichenden Beurteilung führen würde, da eine solche rechtsprechungsgemäss als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung gilt und nicht als selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität (Urteil des Bundesgerichts 9C\_214/2007 vom 29. Januar 2008 E. 4.2).

4.4.4.5 Bei der Beschwerdeführerin sind keine somatischen Beschwerden vorhanden, welche zu einer massgeblichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führen würden. Chronische körperliche Begleiterkrankungen liegen demnach nicht vor. Von einem chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ist demgegenüber auszugehen, da bei der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2002 eine Schmerzsymptomatik vorlag und sich in der Folge eine somatoforme Schmerzstörung entwickelte, die sich nicht mehr zurückgebildet hat. Das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ist vorliegend nicht gegeben. Einerseits ergibt sich aus dem A.\_\_\_\_-Gutachten, dass verordnete schmerzdistanzierende und muskelentspannende Medikamente nicht nachweisbar waren, andererseits wurden auch nicht alle Behandlungsoptionen ausgeschöpft, beispielsweise keine regelmässigen physiotherapeutischen Massnahmen durchgeführt (vgl. Urk. 9/57/1-24 S. 15 f.). Schliesslich fehlen auch Hinweise für das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns und eines sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens.

4.4.4.6 Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden massgebenden Kriterien ergibt, dass einzig von einem chronifizierten Krankheitsverlauf auszugehen ist. Angesichts dessen kann nicht gefolgert

werden, eine Schmerzbewertung sei ausnahmsweise unzumutbar. Somit ist der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben, so dass die aufgrund der somatoformen Schmerzstörung und der leichtgradigen depressiven Episode attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 % im versicherungsrechtlichen Rahmen ausser Betracht bleiben muss.

4.5 Zusammenfassend ist in Bezug auf die Diagnosen und Befunde auf das A. -Gutachten abzustellen. Wie soeben dargelegt, vermengen die somatoforme Schmerzstörung und die leichtgradige depressive Episode die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsrechtlicher Sicht nicht einzuschränken. Demnach besteht bei der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin eine Arbeitsfähigkeit von 64 %, in einer optimal angepassten Tätigkeit indessen eine volle Arbeitsfähigkeit.

## E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Bestimmung des Valideneinkommens auf den von der Arbeitslosenkasse E. im Januar 2010 angegebenen versicherten Verdienst von Fr. 4'336.-- (vgl. Urk. 9/32/12-13, Urk. 9/34) und errechnete ein Jahreseinkommen von Fr. 52'032.-- (Fr. 4'336.-- x 12; Urk. 9/63 S. 7). Dies erscheint vorliegend sachgerecht und ist auch angesichts der im Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 9/35) aufgeführten Löhne nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1 % (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallohn 1976-2011, Nominallohn Frauen 2011) ergibt sich für das Jahr 2011 ein Einkommen von rund Fr. 52'552.-- (Fr. 52'032.-- x 1.01), welches als Valideneinkommen einzusetzen ist.

5.2 Das Invalideneinkommen ist gestützt auf die Lohnstatistik gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu ermitteln, und zwar anhand des in allen Wirtschaftszweigen von Frauen mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielten mittleren Lohnes, der sich im Jahr 2010 auf Fr. 4'225.-- pro Monat belief (LSE 2010, Tab. TA 1, Total, Niveau 4), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 1/2-2011, S. 94 Tab. B9.2, Total) rund Fr. 52'728.-- im Jahr ergibt (Fr. 4'225.-- : 40 x 41.6 x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1 % ergibt sich für das Jahr 2011 ein Einkommen von rund Fr. 53'255.-- (Fr. 52'728.-- x 1.01).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall

Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Die Frage, ob vorliegend ein Abzug vom Tabellenlohn zu tätigen ist und allenfalls in welcher Höhe,

kann offen bleiben, da sie keinen Einfluss auf den Rentenanspruch hat. Ausgehend vom Maximalabzug von 25 % - welcher indes nicht gerechtfertigt ist - wäre als Invalideneinkommen Fr. 39'941.-- (Fr. 53'255.-- x 0.75) einzusetzen.

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 52'552.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 39'941.-- beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 12'611.--, was einem Invaliditätsgrad von knapp 24 % entspricht. Somit liegt der Invaliditätsgrad selbst bei Annahme des maximalen Leidensabzugs deutlich unter dem anspruchsbegründenden Minimum von 40 %, und es besteht kein Rentenanspruch.

Die anspruchsverneinende Verfügung vom 27. Dezember 2011 (Urk. 2) erweist sich deshalb als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Mit Honorarnote vom 11. April 2013 machte Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel einen Aufwand von 11 Stunden und Barauslagen von Fr. 85.80 (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend (Urk. 23), was angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Falles angemessen erscheint. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- ist der unentgeltliche Rechtsvertreter somit mit Fr. 2'468.70 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Beschwerdeführerin wird auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen, 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. 900.-- 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. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel, Zürich, wird mit Fr. 2'468.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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