

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00142 vom 30. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00142

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00142 du 30 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00142 del 30 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

Chronisches lumbovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.5)

- degenerative VerÄnderung der LendenwirbelsÄule
- rezidivierendes radikulÄres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom am ehesten L5 links bei Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel L5 links (ICD-10 M51.1)
- aktuell keine Hinweise auf radikulÄre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik
- WirbelsÄulenfehlform mit langstreckiger thorakaler rechtskonvexer Skoliose
- WirbelsÄulenfehlhaltung mit FlachrÄcken thorakolumbal
- muskulÄre Dysbalance

E. 2

Chronisch rezidivierende Oligo-/Polyarthralgien und Muskelschmerzen an den oberen wie unteren ExtremitÄten, nicht spezifisch zuordbar (ICD-10 M25.9)

- wahrscheinlich im Rahmen eines Fibromyalgiesyndromes (ICD-10 M79.0)

E. 3

Chronische Restbeschwerden nach Distorsion Sprunggelenk und Fuss links (ICD-10 M54.2)

E. 4

Chronische Zervikobrachialgie links (ICD-10 M54.2)

- aktuell keine Hinweise auf radikulÄre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallssymptomatik

E. 5

Status nach Appendektomie in der Kindheit

E. 6

Status nach Asthma seit 1991

E. 7

Status nach Bartholinitis, Operation 2001

Die Y.____-Gutachter hielten fest (S. 18 Ziff. 7.2), die Beschwerdeführerin sei aus rheumatologischer/neurologischer Sicht für eine geeignete Tätigkeit zeitlich voll arbeitsfähig bei einer etwa 20%igen Leistungseinbusse infolge vermehrter Pausenbedürftigkeit. Qualitativ beständen folgende Limiten: Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe sei nur noch bis maximal zehn Kilogramm und in Brusthöhe bis maximal fünf Kilogramm möglich. Repetitive Torsion- und Schwenkbewegungen des Rumpfes seien auf ein Minimum zu reduzieren (maximal fünfzehn Minuten pro Arbeitstag) und vorgeneigtes, kniendes oder gebeugtes Arbeiten sollte nur selten ausgeführt werden. Günstig wäre die Möglichkeit zur individuellen Wahl von Wechselpositionen. Im Rahmen von Kurzpausen könnten Lockerungs- und Gymnastikübungen für den Rücken und Beckenquadrant wie auch für die untere Extremität genutzt werden. Repetitive Belastungen der Hände mit Kraftentwicklung sollten minimal gehalten werden. Sofern die bisherige Tätigkeit im konkreten Fall dieses Anforderungsprofil erfüllt, sei die Beschwerdeführerin in bisheriger Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Falls es sich dabei um eine vermehrt körperliche Belastung vorwiegend bis andauernd mittelschwerer Natur handle, wäre eine solche Tätigkeit in einer etwa 50%igen Leistungsfähigkeit zumutbar, da dann von einem deutlich erhöhten Pausenbedarf ausgegangen werden müsse.

3.2 Im Bericht vom 7. April 2009 (Urk. 8/68/1-5 und 9-10) nannte Dr. med. Z.____, Allgemeine Medizin FMH, Hausärztin der Beschwerdeführerin seit 2006, als Diagnosen (Urk. 8/68/9 Ziff. 1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, mittel bis schwergradig (ICD-10 F32) seit zirka Mitte 2007 und eine Lumboischialgie mit Diskushernie L5/S1 seit Oktober 2004 sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Asthma bronchiale seit zirka zehn Jahren und attestierte der Beschwerdeführerin seit Januar 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.5).

Dr. Z.____ hielt in ihrem Bericht fest, bei der Beschwerdeführerin habe sich aufgrund starker Schmerzen sowie aufgrund der Krankheit der Tochter, die an einer Anorexia nervosa leide, eine depressive Störung entwickelt, die sich 2008 immer mehr aggraviert habe. Mitte 2008 habe die Beschwerdeführerin über suizidale Gedanken geklagt, eine akute Suizidalität habe indes ausgeschlossen werden können. Weil sie alleinerziehende Mutter von zwei minderjährigen Kindern sei, habe sie sich bisher nicht für eine stationäre Einweisung entschliessen können. Ferner leide die Beschwerdeführerin unter massiven Schlafstörungen und Konzentrationsmangel und fühle sich generell schlecht. Der Appetit sei kläglich, ein grosser Gewichtsverlust sei bisher aber noch nicht vorhanden. Die Rückenproblematik sei sicher auch ein Grund für die depressive Störung. Teilweise führe diese Störung dazu, dass die Beschwerdeführerin ununterbrochen weine und sich kaum auf ein längeres Gespräch einlassen könne (Ziff. 1.3).

Die Beschwerdeführerin leide, so Dr. Z.____ weiter, unter massiven Schmerzen und Schwellungen beider Finger und Gelenke. Die starke Versteifung der Wirbelsäule mache es ihr unmöglich, ihrer Tätigkeit als Putzfrau nachzugehen. Wegen ihrer geistigen und psychischen Verfassung sei die Beschwerdeführerin nicht fähig, einer Tätigkeit nachzugehen. Die verminderte Leistungsfähigkeit sei durch Konzentrationsmangel und die depressive Störung begründet, die deutlich eine Somatisierungstendenz aufweise (Ziff. 1.6).

3.3 Am 29. Mai 2009 (Urk. 8/69) erstattete Dr. med. A.____, FMH für Allgemeinmedizin, Hausärztin der Beschwerdeführerin seit 2008, zu Händen der Beschwerdegegnerin einen Bericht über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und attestierte ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens 2004 mit folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei/mit
- degenerativer Veränderung der Lendenwirbelsäule, rezidivierendes radikuläres Reiz- und Sensibilitätsausfallsyndrom bei Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zur Wurzel L5 links, rechtskonvexer Skoliose sowie muskulärer Dysbalance
- Chronische Polyarthralgien sowie Myalgien links betont, wahrscheinlich im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms
- Mittelschwere bis schwere depressive Störung

Dr. A.____ führte aus (lit. D Ziff. 3), die Beschwerdeführerin leide seit zirka zehn Jahren zunehmend an Lumbalschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein sowie generalisierten Muskel- und Gelenkschmerzen links betont. In den Extremitäten seien zudem Ödeme aufgetreten und die Gelenke seien unbeweglicher geworden. Aufgrund chronischer Schmerzen und Traumatisierung durch Gewalt in ihrer Ehe in ihrer Vergangenheit habe sich eine depressive Störung mit ausgeprägten Schlafstörungen, Verlust der Lebensfreude sowie Apathien entwickelt. Schmerzmittel hätten aufgrund multipler Unverträglichkeit nur beschränkt eingesetzt werden können und die Physiotherapie habe bis jetzt ebenfalls nur zu einer momentanen Besserung geführt. Die antidepressive Therapie mit Gesprächen sowie Trypizol hätten kaum Besserung gebracht. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter Schmerzen, sei apathisch und stimmungsdessiv. Aufgrund ihrer Beschwerden und Geschichte sei sie bei Chronifikation in allen Bereichen arbeitsunfähig. Im Haushalt sei sie zudem auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen.

3.4 Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin bis Dezember 2008, attestierte ihr mit Bericht vom 22. Juni 2009 (Urk. 8/71) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6 und Ziff. 1.7) und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Soziale Phobie (ICD-10 F40.1)
- Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
- Multiple psychosomatische Störung (ICD-10 F45.0)
- Schwere rezidivierende Depression (ICD-10 F33.2)
- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22)
- Selbstunsicheres Verhalten (ICD-10 F60.4)
- Ängstliches Verhalten (ICD-10 F60.6)

Dr. B.____ hielt in seinem Bericht fest, die Beschwerdeführerin leide unter Schmerzen, einem depressiven Zustand, Unsicherheit sowie Ängsten (Ziff. 1.4). Die Prognose sei schlecht. Weil die Beschwerdeführerin schlecht Deutsch spreche, seien auch

die therapeutischen Möglichkeiten stark eingeschränkt. Eine berufliche Reintegration dürfte sich ebenfalls schwierig gestalten (Ziff. 1.4). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise der Erhaltung der Einsatzfähigkeit können nicht gerechnet werden (Ziff. 1.7).

3.5.1.1

Die Y.____-Gutachter stellten am 31. Dezember 2009 im Auftrag und zu Händen der Beschwerdegegnerin nach Durchführung einer internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychosomatischen Untersuchung folgende Diagnosen (Urk. 8/77/1-21 S. 16 f. Ziff. 6.1 und Ziff. 6.2):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronische Schmerzstellung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.0)
3. Psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z53.0, Z60.4)
4. Chronisches, lumbovertebral betontes Schmerzsyndrom (ICD-10 M52.2) mit/bei
- chronischem Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M54.5)
- bildgebend breitbasiger linksbetonter Bandscheibenprotrusion LWK5/SWK1 mit Nervenwurzelkontakt L5 links (Computertomographie Lendenwirbelsäule (LWS) 10/2004)
- Status nach EDA 01/2005 ohne (anhaltenden) Effekt
- aktuell keinen Hinweisen auf radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik
- chronischer Zervikobrachialgie links (ICD-10 M54.2)
5. Generalisiertes Schmerzsyndrom
- Polyarthralgien und Muskelschmerzen, nicht spezifisch zuordenbar
- 18 von 18 Fibromyalgie Tenderpoints gemäss ACR-Kriterien positiv
- Differentialdiagnose (DD): somatoforme Schmerzstellung im Rahmen der gestellten Diagnosen

6. Aktenanamnestisch Status nach Vitamin D3-Mangel

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Aktenanamnestisch Status nach Asthma bronchiale
- DD: beginnende chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- Inhalation mit Pulmicort und Bricanyl
- aktuell klinisch vollständig kompensiert
2. Nikotinkonsum von zirka 20 packyears
3. Aktenanamnestisch Intoleranz auf diverse Analgetika ohne nachgewiesene Allergie

Die Y.____-Gutachter fÄhrten in ihrer Gesamtbeurteilung (S. 17 ff. Ziff. 7.1) aus, die Anamneseerhebung sei von immer wiederkehrenden Weinphasen geprÄgt gewesen, die von der BeschwerdefÄhrerin gemachten Angaben hÄtten sehr diffus gewirkt und das Denken sei massiv auf ein subjektives Verlusterlebnis bezÄglich Beruf, Familie, Kinder und Gesundheit eingeengt gewesen. Aus rein somatischer Sicht hÄtten sich keine neuen Gesichtspunkte gegenÄber der Vorbegutachtung 2006 ergeben.

Im Vordergrund habe die psychische Situation der BeschwerdefÄhrerin gestanden. Die BeschwerdefÄhrerin sei in eine zunehmende soziale Isolation geraten und habe gleichzeitig ihre beiden Kinder mit ihrem KrankheitsverstÄndnis und ihrer Krankheitsdynamik in ihr Krankheitskonzept hineingezwungen. Eine immer wiederkehrende spontane HauptÄusserung der BeschwerdefÄhrerin sei gewesen, dass sie ohne ihre Kinder nicht leben kÄnne und nur fÄr ihre Kinder lebe. Andererseits habe sie aber auch in durchaus aggressiv geprÄgter Weise angegeben, dass sie nur noch als Mutter funktioniere und kein eigenes Leben mehr habe. Die BeschwerdefÄhrerin kÄnne ihre Kinder scheinbar nicht loslassen, weil dadurch ein sinnvoller Lebensinhalt wegfallen wÄrde. Gleichzeitig fÄhle sie sich aber angebunden, worauf sie mit gewisser Frustration reagiere, so dass die Flucht in die Depression und subjektive Hilflosigkeit auch eine dysfunktionale LÄsungsstrategie sein kÄnne, um die anstehenden VerÄnderungen in der Lebensplanung und -fÄhrung bewÄltigen zu kÄnnen.

3.5.2Ä Aus somatischer Sicht hielten die Y.____-Gutachter fest (S.18 f.), dass sich die initial vor allem lumbal manifesten Schmerzen im Verlauf generalisiert hÄtten und die heutigen Beschwerden weitgehend unspezifisch seien. Im Oktober 2004 sei eine Lumboischialgie diagnostiziert worden, in der damaligen Bildgebung habe sich eine Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 links gezeigt. Aufgrund von diversen Analgetika-Intoleranzen habe sich die analgetische Therapie schwierig gestaltet. Im Februar 2005 sei eine wirbelsÄulenchirurgische Beurteilung durchgefÄhrt worden. Eine Operationsindikation sei indes verneint worden. Harte Fakten bezÄglich einer echten radikulÄren Reizung oder gar eines sensomotorischen Ausfalls hÄtten jedoch nicht vorgelegen. Auch im aktuellen Befund hÄtten sich wie bereits im Jahr 2006 keine radikulÄren Reiz- und Ausfallerscheinungen nachweisen lassen. Nennenswerte Muskelatrophien hÄtten - trotz der angegebenen weitgehenden InaktivitÄt - ebenfalls nicht nachgewiesen werden kÄnnen. Die SensibilitÄt sei diffus und nicht dermatombezogen vermindert gewesen, nicht nur am linken Bein, sondern generalisiert an der linken KÄrperhÄlfte mehr als auf der rechten und habe sich keiner neurologischen Struktur zuweisen lassen, sondern sei im Rahmen der ausgeprÄgten Symptomausweitung zu interpretieren gewesen.

Die klinische Untersuchung habe eine teils schmerzbedingte EinschrÄnkung der Beweglichkeit der gesamten WirbelsÄule, aber auch der meisten peripheren Gelenke, mit jedoch Diskrepanzen der gezielten Untersuchung zu teilweise wesentlich freier imponierender spontaner Bewegung gezeigt. Vier von fÄnf Waddel-Zeichen seien positiv gewesen und wÄrden auf eine nichtorganische Ursache der Beschwerden hinweisen.

Aus somatischer Sicht hÄtten die beklagte Beschwerdesymptomatik sowie die folglich kÄrperliche EinschrÄnkung keinem klaren organischen Korrelat zugeordnet werden kÄnnen. Differentialdiagnostisch seien die Beschwerden am ehesten

im Rahmen eines generalisierten Schmerzsyndroms oder im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung bedingt. 18 von 18 Fibromyalgie Tender-points seien positiv gewesen, womit gemäss ACR-Kriterien die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt werden könnte. Die geklagten Beschwerden würden aber weit darüber hinausgehen und seien besser im Sinne einer generalisierten Schmerzstörung zu interpretieren.

Die Gutachter führten weiter aus, es lasse sich trotz angegebener subjektiver Verschlechterung seitens der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung von 2006 weder anamnestisch noch klinisch objektivierbar eine Verschlechterung fassen. Die noch bei letztmaliger Untersuchung diagnostizierte Hemihypästhesie linksseitig habe sich im neurologischen Status auf praktisch das gesamte Integument inklusive Schädels/Gesicht ausgeweitet (wechselnde Angaben). Diese subjektiv generalisierte Sensibilitätsstörung sei unverändert am ehesten im Rahmen einer Konversionsstörung zu deuten. Eine zentral nervöse Ursache für diese Sensibilitätsstörung habe mit weitestgehender Sicherheit ausgeschlossen werden können.

3.5.3 Im Rahmen der psychosomatischen Begutachtung (S. 15 f.) führten Dr. med. C. ____, Spezialassistentärztin, und Prof. Dr. med. D. ____, Chefarzt, Psychosomatik, aus, es sei von einer primär psychischen Schmerzgenese auszugehen. Der Verlauf mit durch nichts beeinflussbaren Schmerzen von praktisch immer maximaler Intensität (9/10), die Tendenz zur Generalisierung und die sehr diffuse Schmerzcharakterisierung würden darauf hinweisen, dass initial eine somatische Ursache als Trigger eine Rolle gespielt haben möge. Es sei somit von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Laut ICD-10 könne diese Diagnose dann gestellt werden, wenn im Vordergrund des klinischen Bildes seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen beständen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten. Psychische Faktoren werde eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, sie seien jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz habe in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht (S. 15). Auffallend sei auch, dass beide angeblich regelmässig eingenommenen Antidepressiva im Serum nicht nachweisbar gewesen seien (S. 16).

3.5.4 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Y. __-Gutachter fest (S. 19 Ziff. 7.2), aus somatischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für eine zumutbare Verweistätigkeit

voll arbeitsfähig. Eine geeignete Verweistätigkeit sollte Zwangshaltungen, Arbeiten mit repetitiven Wirbelsäulendrehbewegungen und Beugungen sowie mechanische, länger andauernde Erschütterungen sowie routinemässige Tragarbeiten bis Schulterhöhe von über elf Kilogramm, über Schulterhöhe von über fünf Kilogramm, vermeiden. Kniende oder Arbeiten in gebeugter Haltung sollten nur selten ausgeführt werden. Nach Möglichkeit seien Wechselpositionen zu ermöglichen. Tätigkeiten mit andauerndem Stehen sowie Tätigkeiten mit längeren Gehstrecken sollten ebenfalls vermieden werden. Kurze Entlastungspausen sollten ermöglicht werden. Infolge der Pausenbedürftigkeit ergebe sich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 15 % bis 20 % ohne Einfluss auf das zeitliche Pensum. Inwieweit sich diese Voraussetzungen im Rahmen

der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Reinigungskraft umsetzen liessen, müsste gegebenenfalls durch die IV-Stelle vor Ort geklärt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der psychischen Störung sei es der Beschwerdeführerin jedoch nur möglich, die obige Tätigkeit in einer Leistungsfähigkeit von 70 % umzusetzen, dabei dürfte sie aufgrund des Pausenbedarfs etwa 80 % eines Pensums benötigen.

3.6 Ä Ä Ä Ä Mit Stellungnahme vom 9. März 2010 (Urk. 8/79) liessen sich die Y.-Gutachter Dr. C. und Prof. Dr. D. zu der von der IV-Stelle gestellten Ergänzungsfrage (Urk. 8/78), ab welchem Zeitpunkt aus psychosomatischer Sicht eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin anzunehmen sei, vernehmen. Dabei führten sie insbesondere aus, dass sie gestützt auf den Bericht von Dr. B. vom 26. Dezember 2008 zur Auffassung kämen, dass die Beschwerdeführerin seit Dezember 2008 zu 70 % arbeitsfähig sei. Entscheidend für diese Einschätzung seien an limitierenden Faktoren eine eingeschränkte psychiatrische Belastbarkeit sowie Stresstoleranz, eine gedankliche Einengung auf negative Konditionen und auf die Schmerzen mit Umstellungserschweris gewesen. Diese Defizite resultierten aus der aktuell vorhandenen leichten bis mittelgradigen depressiven Episode.

3.7 Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 18. Juli 2011 (Urk. 8/81/2) nahmen die Fachpersonen des E.-Zentrums Stellung. Insbesondere diagnostizierten sie ein chronisch rezidivierendes spondylogenes Lumbovertebralsyndrom sowie ein rezidivierendes Zerviko- und Thorakovertebralsyndrom (Ziff. 2) und hielten fest, seit 2008 sei der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stationär (Ziff. 3).

3.8 Ä Ä Ä Ä Am 1. September 2011 liess sich Dr. A. zum von der Beschwerdeführerin erstellten Fragenkatalog vernehmen und führte aus (Urk. 8/81/1), dass sich der Gesundheitszustand seit September 2008 nicht verändert habe (Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei zu 100% in allen Bereichen arbeitsunfähig und bei der Haushaltführung auf die Hilfe ihrer Tochter angewiesen (Ziff. 4).

3.9 Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 1. März 2012 (Urk. 12/2) äusserte sich Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin seit Oktober 2011, zum Y.-Gutachten vom 31. Dezember 2009 (siehe dazu auch Fragekatalog vom 17. Februar 2012 in Urk. 12/1). Insbesondere führte sie aus, die Beschwerdeführerin stehe bei ihr wegen eines depressiven Zustandsbildes, das sie als mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.11 respektive F32.2) taxiere, in regelmässiger Behandlung. Nach der Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht gefragt, führte sie aus, die Beschwerdeführerin sei seit Beginn der Behandlung zu 80 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch die depressive Episode respektive durch weitere die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Einschränkungen (hochgradige psychomotorische Agitiertheit, stark erniedrigtes Energieniveau, kognitive Störungen [Beeinträchtigung von Konzentration, Gedächtnis und Denkfähigkeit]) bedingt und zwar in einem derart ausgeprägten Masse, dass sie von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe (Ziff. 2 lit. a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ob die psychisch bedingten Beschwerden und Einschränkung der Beschwerdeführerin mittels einer psychosomatischen Untersuchung genägend beurteilt worden seien, könne sie nicht beantworten. Die psychiatrische Exploration und Beurteilung würden vom Fachwissen und der Erfahrung des Untersuchers abhängen,

die bei einem psychosomatisch ausgebildeten Arzt genau so sorgfältig sein können, wie sie bei einem unerfahrenen oder unaufmerksamen psychiatrisch ausgebildeten Arzt unsorgfältig sein können (Ziff. 4).

4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl somatische als auch psychische Einschränkungen bestehen.

1.1.1.1.1.1 Unbestritten und aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin aus rein rheumatologisch-somatischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist bei einer Leistungseinbusse von 15 bis 20 % infolge vermehrter Pausenbedürftigkeit. Ebenfalls unbestritten und ausgewiesen ist sodann, dass der klinisch-neurologische Zustand der Beschwerdeführerin aus rein neurologischer Sicht im Vergleich zur letzten neurologischen Begutachtung vom 29. Dezember 2006 unverändert geblieben und die Beschwerdeführerin in bisheriger Tätigkeit sowie für schwere Arbeiten allgemein 100%ig arbeitsunfähig, in einer körperlich leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit indes noch zu 80 % arbeitsfähig ist. Umstritten ist hingegen, ob die bislang aus somatischen und psychischen Gründen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufgrund eines verschlechterten psychischen Gesundheitszustandes zusätzlich eingeschränkt ist.

4.2.1.1.1.1 Für die Frage, ob eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, kann auf das interdisziplinäre Y. ___-Gutachten vom 31. Dezember 2009 abgestellt werden (E. 3.5): Dieses Gutachten (und die ergänzende Stellungnahme der Dres. C. ___ und D. ___ vom 9. März 2010) entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl E. 1.5). Die Beschwerdeführerin wurde ihren geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf einlässlichen internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychosomatischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben (Urk. 8/77/1-21 S. 5 ff. Ziff. 3) und - nachdem sich die Beschwerdeführerin gemäß Vorakten als der deutschen Sprache nur beschränkt mündig erwiesen hatte - unter Beizug einer Dolmetscherin durchgeführt (Urk. 8/77/1-21 S. 9 Ziff. 4.1). Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet.

1.1.1.1.1.1 Dr. C. ___ und Prof. Dr. D. ___ kamen im Rahmen ihrer psychosomatischen Teilbegutachtung zum nachvollziehbaren Schluss, dass aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht aufgrund einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als auch aufgrund einer chronischen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe. Die unter dem Titel Psychostatus und Beobachtungen aufgeführten objektiven Befundschilderungen (Urk. 8/77/45 Ziff. 2.2) korrelieren mit ihrer Einschätzung.

4.3.1.1.1.1 Die übrigen vorliegenden (fach-)ärztlichen Beurteilungen, gemäß welchen die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund einer (unter anderem) diagnostizierten mindestens mittelschweren bis schweren depressiven Störung 80 % bis 100 % betrage, vermögen den Beweiswert des Y. ___-Gutachtens

vom 31. Dezember 2009 nicht zu schmälern. Vertieft mit der psychischen Komponente auseinandersetzen sich Dr. Z.____ (E. 3.2), Dr. A.____ (E. 3.3 und E. 3.8), Dr. B.____ (E. 3.4) und Dr. F.____ (E. 3.9):

4.3.1.1 Dr. Z.____ und Dr. A.____ sind die beiden Hausärztinnen der Beschwerdeführerin seit Februar 2006 respektive Februar 2008, welche diese regelmässig konsultierte. Da zwischen den Hausärztinnen auf der einen Seite und der Beschwerdeführerin auf der anderen Seite demnach ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, sind ihre Berichte gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts in Zweifelsfällen mit einem gewissen Vorbehalt zu betrachten, zumal mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Ausserdem verfügen beide Hausärztinnen nicht über die fachliche Qualifikation für eine psychiatrische Diagnosestellung. Dass Dr. A.____ neben ihrer Ausbildung als Allgemeinmedizinerin auch über ausgewiesene Fachkenntnisse im Bereich der Psychiatrie und Psychologie - wie die Beschwerdeführerin geltend machte (Urk. 11 S. 3 Ziff. 3 Mitte) - verfügen soll, ist nicht ausgewiesen und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht belegt.

Bemerkenswert ist weiter, dass Dr. Z.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, obwohl sie in ihrem Bericht festhielt, dass sowohl eine rein sitzende Tätigkeit von 20 Minuten pro Tag als auch eine wechselbelastende Tätigkeit von einer Stunde pro Tag noch möglich sei (vgl. Urk. 8/68/5 Ziff. 3 und Urk. 8/68/10 Ziff. 1.5).

Schliesslich lassen sich im medizinischen Bericht von Dr. A.____ denn auch keine objektivierbaren Befunde erheben, welche die Schlussfolgerungen der Y.____-Gutachter entkräften würden.

4.3.2.1 Bei Dr. B.____ handelt es sich um den bis Ende 2008 behandelnden Psychiater der Beschwerdeführerin. Zwischen der Beschwerdeführerin und dem Psychiater bestand mithin ein Vertrauensverhältnis, wie es auch zwischen Patient und Hausarzt besteht, weshalb auch dieser Bericht rechtsprechungsgemäss im Zweifelsfall mit einem gewissen Vorbehalt zu betrachten ist. Vorliegend scheint dies auch angebracht, denn Dr. B.____ ist der einzige, der bei der Beschwerdeführerin - nebst einer schweren rezidivierenden Depression (ICD-10 F33.2) und multiplen psychosomatischen Störung (ICD-10 F45.0) - auch noch eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22), selbstunsicheres Verhalten (ICD-10 F43.22) sowie ein ängstliches Verhalten (ICD-10 F60.6) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (E. 3.4), hierfür aber keine konkreten Befunde schilderte. Selbst Dr. F.____ bestätigte die vorgenannten von Dr. B.____ gestellten Diagnosen nicht.

4.3.3.1 Dr. F.____ diagnostizierte eine mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F 32.11 respektive F32.2). In ihrem Bericht (E. 3.9) führte sie aus, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Episode respektive durch hochgradige psychomotorische Agitiertheit, stark erniedrigtes Energieniveau, kognitive Störungen (Beeinträchtigung von Konzentration, Gedächtnis und Denkfähigkeit) in derart ausgeprägter Masse eingeschränkt sei, dass sie der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Demgegenüber nannten die Dres. C.____ und D.____ als

Diagnose eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine psychosoziale Belastungssituation (ICD-10 Z53.0 und Z60.4) mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %.

Hinsichtlich der divergierenden medizinischen Ansichten ist anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 mit Hinweis). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lassen es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der (psychiatrischen) Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des Bundesgerichts 8C_79/2008 vom 19. August 2008 E. 4.1 mit Hinweis und 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit weiteren Hinweisen). Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, welche im Rahmen der psychosomatischen Begutachtung durch die Y.-Gutachter unerkannt geblieben und geeignet gewesen wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, sind nicht ersichtlich.

Daran vermag auch der gestützt auf die Stellungnahme von Dr. F. erhobene Einwand der Beschwerdeführerin, dass zwischen dem von den Y.-Gutachtern erhobenen Psychostatus und den Beobachtungen sowie der Diagnosestellung und Beurteilung Widersprüche beständen (Urk. 12/2 S. 2 Ziff. 2 lit. b), nichts zu ändern. Indem die Beschwerdeführerin ausführte, dass gestützt auf die erhobenen Befunde eine andere Diagnose gestellt hätte werden müssen, macht sie keine objektiv feststellbare Gesichtspunkte geltend, die im Rahmen der psychosomatischen Begutachtung unerkannt geblieben sind und zu einer abweichenden Beurteilung führen müssten. Dass die Y.-Ärzte aufgrund des Weinens der Beschwerdeführerin nicht von einer mindestens mittelgradigen depressiven Stimmungslage ausgegangen sind, ist ebensowenig zu beanstanden wie der Umstand, dass aufgrund der Reizbarkeit, der verminderten Schwingungsfähigkeit, der psychomotorischen Anspannung, des Zitterns und Hyperventilierens nicht auf eine schwere Depression geschlossen wurde.

Soweit die Beschwerdeführerin mit Dr. F. geltend machte, die divergierende Einschätzung sei damit zu begründen, dass die Y.-Gutachter ihre Beurteilung nur gestützt auf eine Momentaufnahme getroffen hätten, während sie über einen längeren Beobachtungsraum verfüge und die Psychopathologie breiter und differenzierter erfassen könne, ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies - wie hier - zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend und damit auch nicht zu beanstanden. Zudem liegt es in der Natur der Sache, dass sich eine Begutachtung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder

Fachleute. Anzuführen bleibt, dass Dr. C.____ und Dr. D.____ ihre Beurteilung in Kenntnis der Vorakten (Urk. 8/77/5 ff. Ziff. 3) vorgenommen hatten, aus welchen auch der Langzeitverlauf des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ersichtlich war und sie damit auch mit den dazumaligen erhobenen Befundschilderungen vertraut waren.

Ferner brachte die Beschwerdeführerin vor, es seien keine objektiven Grundlagen (Tests) hinsichtlich der kognitiven Funktionen (Konzentration, Auffassung und Gedächtnis) durchgeführt worden, die ihre Beurteilung begründen würden. Im nicht direkten Gespräch respektive in der verdolmetschten Exploration könnten diese Funktionen kaum beurteilt werden. Auch dieser Kritikpunkt vermag das Y.____-Gutachten insgesamt nicht zu entkräften, lagen doch den Gutachtern genügend objektive Befunde vor, auch wenn die Angaben der Beschwerdeführerin durch eine Dolmetscherin übersetzt werden mussten.

4.4 Schliesslich brachte die Beschwerdeführerin vor, die Angelegenheit sei an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen und aufgrund der Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der Psychosomatiker des Y.____ eine psychiatrische Begutachtung nachzuholen. In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist der Beschwerdeführerin insofern zuzustimmen, als dass für eine verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 353 f., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Aufgrund des Krankheitsverlaufs - die Beschwerdeführerin hatte zuerst ausschliesslich unter somatischen Beschwerden gelitten - scheint die vorliegend erfolgte Exploration durch die psychosomatischen Teilgutachter nicht nur nachvollziehbar, sondern auch - in Anbetracht des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin über unerträgliche und aus somatischer Sicht nicht hinreichend erklärbare Schmerzen geklagt hat - auch durchaus sinnvoll und ist insofern nicht zu beanstanden.

Anzuführen bleibt, dass Dr. C.____ im Jahr 2010 und damit maximal ein Jahr nach der erfolgten Begutachtung den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie erwarb (Urk. 17/2) und mithin zurzeit der Exploration bereits über ausreichende Fachkenntnisse verfügte. Prof. Dr. D.____ erwarb im Jahr 2001 den Fähigkeitsausweis für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) und im Jahr 2010 den Ausweis für Delegierte Psychotherapie (FMPP) (Urk. 17/1). Von mangelnder Fachkompetenz in psychiatrischer Hinsicht kann demgemäss nicht ausgegangen werden. Aufgrund des Krankheitsverlaufs sowie des Umstandes, dass sich Dr. C.____ während der Exploration bereits in Ausbildung befunden hatte, ist die Begutachtung in der Fachdisziplin Psychosomatik im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden, hängt die Beurteilung doch massgeblich vom Fachwissen und der Erfahrung des Gutachters ab, wie Dr. F.____ in ihrer Stellungnahme zu Recht ausführte (Urk. 8/77/46 Ziff. 4).

4.5 Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Y.____-Gutachten vom 31. Dezember 2009 erstellt, dass sich die bislang aus somatischen und psychischen Gründen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin aufgrund eines verschlechterten psychischen Gesundheitszustandes weiter verringert hat und die Restarbeitsfähigkeit mithin noch 70 % beträgt. Von weiteren medizinisch-psychiatrischen Abklärungen, wie sie beschwerdeweise beantragt wurden, sind keine massgebenden neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist.

5. Â Â Â Â Â Â

5.1 Â Â Â Â Â Â Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbs- und Haushaltsbereich auswirkt.

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 6. Januar 2012 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zu 60 % erwerbstätig und zu 40 % im Haushalt tätig wäre. Diese Qualifikation blieb seitens der Beschwerdeführerin unbestritten. Angesichts der gemachten Angaben seitens der Beschwerdeführerin während der Abklärung (vgl. Urk. 8/28 Ziff. 2.5 und 8/84 Ziff. 2.5) sowie im Hinblick auf das Arbeitspensum in diesem Ausmass vor dem Gesundheitsschaden erweist sich diese Annahme als korrekt.

5.2 Â Â Â Â Â Â Die Invaliditätsbemessung (vgl. Urk. 8/86) im Erwerbsbereich unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % ist - ausser in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit - ebenfalls unbestritten geblieben und ist nicht zu beanstanden. Danach ergibt sich eine Einschränkung von 25 %. Bei einem Anteil des erwerblichen Bereichs von 60 % beträgt der diesbezügliche Teilinvaliditätsgrad 15 %.

5.3 Â Â Â Â Â Â Die Abklärungen der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt ergaben im Haushalt eine Einschränkung von 9.5 % (Urk. 8/84 Ziff. 7). Auch dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Es liegen denn auch keine Anhaltspunkte vor, dass die Beeinträchtigung fehlerhaft ermittelt wurde, weshalb auf dieses unbestrittene Abklärungsergebnis abzustellen ist. Bei der vorliegenden Gewichtung des Haushaltsbereichs mit 40 % beträgt der Teilinvaliditätsgrad im Haushaltsbereich 3.8 %.

5.4 Â Â Â Â Â Â Durch die Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und Haushaltsbereich resultiert ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von rund 19 %.

6. Â Â Â Â Â Â Zusammenfassend ergibt sich, dass die angefochtene rentenausschliessende Verfügung nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

7. Â Â Â Â Â Â Da es im vorliegenden Verfahren 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 ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1. Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst Integration Handicap

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.