

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00371 vom 9. September 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00371](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00371)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00371 du 9 septembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00371 del 9 settembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.0**

2 1 : 40 x 41.7 ).

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, alleinerziehende Mutter eines 2004 geborenen Sohnes (Urk. 7/1 Ziff. 3.1), arbeitete seit dem Jahre 2001 als Raumpflegerin in einem Pflegeheim (Urk. 7/1 Ziff. 6.3.1, Urk. 7/5/1), als sie sich bei einem Sturz am 21. Januar 2006 Prellungen an der rechten Schulter sowie am rechten Arm zuzog (Urk. 7/8/2 Ziff. 9). Am 20. September 2007 meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen und Rente, Urk. 7/1 Ziff. 7.3 und 7.8) an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte in der Folge medizinische Berichte (Urk. 7/5, Urk. 7/10), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/12) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 7/7, Urk. 7/23, Urk. 7/25) ein und zog die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 7/8, Urk. 7/13-14).

Mit Verfügung vom 26. Juni 2007 sowie Einspracheentscheid vom 18. September 2007 stellte der Unfallversicherer die Leistungen mit Ausnahme derjenigen zur Behandlung der Beschwerden der rechten Schulter per 22. März 2007 ein (Urk. 7/8/4-5, Urk. 7/14/2-7).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/21-22) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Februar 2008 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 7/24).

### **E. 1.2**

Am 26. August 2009 meldete sich die Versicherte aufgrund einer Verschlechterung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes erneut zum Rentenbezug an (Urk. 7/27) und reichte aktuelle Arztberichte ein (Urk. 7/25 = Urk. 7/29). Die IV-Stelle holte weitere medizinische Berichte (Urk. 7/36-37), einen aktuellen IK-Auszug (Urk. 7/33) sowie einen aktuellen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/34) ein und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Urk. 7/43).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/46-47, Urk. 7/50, Urk. 7/54, Urk. 7/61, Urk. 7/67-68, Urk. 7/89), in dessen Rahmen die IV-Stelle weitere Arztberichte (Urk. 7/55-56, Urk. 7/64, Urk. 7/69) sowie einen IK-Auszug (Urk. 7/59) einholte und die Versicherte bidisziplinär begutachten liess (Urk. 7/81-82), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. Februar 2012 einen Rentenanspruch der Versicherten erneut (Urk. 7/91 = Urk. 2).

### **E. 2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 2.1**

In der Verfügung vom 19. Februar 2008 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2007 die angestammte Tätigkeit im bisherigen Pensum von 50 % wieder zumutbar sei, und verneinte dementsprechend einen Rentenanspruch (Urk. 7/24 S. 2).

In der angefochtenen Verfügung ging die Beschwerdegegnerin erneut davon aus, dass der Beschwerdeführerin leichte körperliche Tätigkeiten zu 100 % zumutbar seien (Urk. 2 S. 1). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit könne als leichte Tätigkeit beurteilt werden und sei somit weiterhin zumutbar. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei im Vergleich zu den Abklärungen im Jahr 2008 nicht ausgewiesen. Bisher habe die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit in einem Pensum von 50 % ausgeübt, die restlichen 50 % seien auf den Aufgabenbereich entfallen. Dabei stütze sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf das Gutachten

der Medizinischen Abklärungsstelle Y.\_\_\_\_ (Medas) vom 2. Juni 2010 sowie das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten vom 16. November bzw. 13. Dezember 2011. Insgesamt ergebe sich kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad (S. 2).

In der Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2012 (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin könne bereits dem ersten Medas -Gutachten gefolgt werden. Zudem sei dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) auch der bei der ersten Begutachtung fehlende Arztbericht zur Stellungnahme vorgelegt worden. Es sei folglich nicht zu beanstanden, dass die Arbeitsfähigkeit im zweiten Gutachten ab dem Zeitpunkt des ersten Gutachtens beurteilt werde. Weiter habe der psychiatrische Gutachter Dr. med. Z.\_\_\_\_, Psychiatrie Psychotherapie FMH, auch die bereits vorhandenen Arztberichte gewürdigt. Auch bei Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit von 100 % begründen. In beiden Gutachten sei festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Haushaltstätigkeit nicht eingeschränkt sei, weshalb sich eine Haushaltabklärung erübrigt habe. Bezüglich der Qualifikation sodann sei darauf hinzuweisen, dass sich das Kind bereits im Schulalter befinde und die Beschwerdeführerin dennoch nie eine Arbeitstätigkeit von mehr als 50 % aufgenommen habe. Eine Vollzeitarbeitstätigkeit sei entsprechend zu verneinen (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, bis zur Geburt ihres Sohnes habe sie in einem Pensum von 100 % gearbeitet. Danach habe sie ihr Arbeitspensum auf 50 % reduziert, um die Betreuung ihres Kindes zu gewährleisten. Inzwischen hätte sie jedoch längst wieder in einem vollen Pensum gearbeitet, da ihr Sohn mittlerweile acht Jahre alt sei und die Schule besuche. Allein aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes sei dies nicht möglich (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.2).

Am 21. April 2008 sei sie von einem unbekanntem Mann so stark in den Nacken geschlagen worden, dass sie gestürzt sei,

was zu starken Nacken- und Armschmerzen

geführt habe, welche erneut Physiotherapie notwendig gemacht hätten. Dieses Ereignis habe zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustand des geführt, welche trotz diverser Therapieversuche bis heute andauere und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke

(S. 7 f. Ziff. 2.3.1). Schon seit zirka dem Jahre 2003 besteht sodann die depressive Erkrankung. Im Zeitpunkt der letzten Verfügung vom 19. Februar 2008 habe eine leichte Depression vorgelegen. Der Verlauf zeige jedoch, dass die psychische Entwicklung nicht stabil sei und offenbar auch nicht mit den entsprechenden Medikamenten in den Griff zu bekommen sei. Inzwischen komme es immer wieder zu mittelschweren Episoden. Auch die persönliche Situation sei Ausdruck der psychischen und physischen Erkrankung. So sei ihrem Sohn ein Beistand beigeordnet worden und er werde ab Frühjahr fremdplatziert (S. 8 f. Ziff. 2.3.2). Der Hausarzt bestätige eine volle Arbeitsunfähigkeit, dies auch in einer angepassten Tätigkeit und im Haushalt. Auch die A.\_\_\_\_

habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit attestiert (Ziff. 2.4).

Weiter machte die Beschwerdeführerin geltend, die Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Rheumatologie, und Dr. Z.\_\_\_\_ seien unbrauchbar, da der erhebliche Zeitraum von 2008 bis 2010 unberücksichtigt geblieben sei. Der Rheumatologe beziehe sich sodann auf altes Bildmaterial, ohne eigene neue Untersuchungen zu veranlassen (S. 9 Ziff. 2.5 Rz 36). Dr. J.\_\_\_\_ lehne sich an das bereits im Oktober 2010 fundiert kritisierte Medas-Gutachten an, ohne nachvollziehbare eigene Erkenntnisse darzulegen. Sein Gutachten sei daher unbrauchbar (S. 10 Rz 40). Auch das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ werfe viele Fragen und Zweifel auf und sei im Ergebnis ebenfalls nicht brauchbar. Sehr auffällig sei dabei die Diskrepanz zwischen dem Bericht der A.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2011, in welchem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert werde, und dem Gutachten vom 13. Dezember 2011, in welchem Dr. Z.\_\_\_\_ von einer knapp leichtgradigen Episode spreche (S. 11 Rz 43). Dr. Z.\_\_\_\_ habe zudem einen K.\_\_\_\_ als Dolmetscher beigezogen, welchen sie als L.\_\_\_\_ jedoch kaum verstanden habe (S. 12 Rz 46). Selbst wenn Dr. Z.\_\_\_\_ sie am 25. November 2011 an einem besseren Tag untersucht hätte, sprächen die Gesamtumstände eindeutig gegen einen psychisch stabilen Gesundheitszustand. Wäre sie durch Psychotherapie und verabreichte Psychopharmaka inzwischen wirklich stabil, platzierte man ihren Sohn nicht in einem Wohnheim fremd, um das Kind zu schützen und ihr Gelegenheit zu geben, ihre Gesundheit und ihre Psyche in den Griff zu bekommen (S. 13 Rz 52). Derzeit müsse davon ausgegangen werden, dass sie aufgrund des fatalen Zusammenspiels einer schmerzhaften Weichteilerkrankung und (mindestens) einer erheblichen und sehr instabilen psychischen Erkrankung seit dem Ereignis vom 21. April 2008 weiterhin auch in angepasster Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei (S. 13 Rz 54).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit einerseits die Statusfrage und andererseits, ob und falls ja in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 19. Februar 2008 verändert haben.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin stufte die Beschwerdeführerin als im Gesundheitsfall zu 50 % erwerbstätig ein, nachdem diese bisher in diesem Rahmen gearbeitet hatte (Urk. 2 S. 2). Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, bis zur Geburt ihres Sohnes habe sie in einem Pensum von 100 % gearbeitet. Da ihr Sohn mittlerweile acht Jahre alt sei und die Schule besuche, hätte sie längst wieder in einem vollen Pensum gearbeitet. Lediglich aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes sei dies nicht möglich (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.2).

Zutreffend ist, dass die Beschwerdeführerin zunächst in einem Pensum von 80 % im Reinigungsdienst angestellt war und zusätzlich zu 20 % als Putzfrau arbeitete (vgl. Urk. 7/5/8 Ziff. 3). Nach der Geburt ihres Sohnes im Jahre 2004 reduzierte sie ihr Pensum auf 50 % (Urk. 7/12/3 Ziff. 2.9). Zu beachten ist je doch, dass die alleinerziehende Beschwerdeführerin vom Vater ihres Sohnes keine Alimente erhält und dementsprechend Sozialhilfegelder bezieht

(vgl. Urk. 7/69 S. 2 Ziff. 1.4) . Im Gesundheitsfall wäre sie daher gezwungen, einer Arbeit nach zu gehen. Da sie vor der Geburt ihres Sohnes zu 100 % erwerbstätig war, ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne den Gesundheitsschaden wieder in einem Pensum von 100 % erwerbstätig wäre, zumal sie wirtschaftlich zur Bestreitung ihres Lebensunterhalts auf ein volles Einkommen angewiesen wäre (vgl. Valideneinkommen Ziff. 6.2).

#### **E. 4**

Der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, nannte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2007 (Urk. 7/10/3-6) folgende Diagnosen ( lit . A): - chronisch invalidisierende Nacken-, Schulter- und Oberarmschmerzen rechts bei DH C4/5 mit radikulärem Syndrom C5 rechts, zervikaler Hy perlordose und rezidivierender Epicondylitis

lateralis - rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit segmentalen Dysfunktionen bei Haltungsinsuffizienz - wiederholte mittelschwere depressive Phasen bei sozial belastenden Lebensumständen - Mischinkontinenz bei Zystozele I-II, Rektozele I und Descensus uteri I - chronisch atrophe Gastritis mit Anchlorhydrie - Übergewicht (BMI 28.5)

Nach Phasen wechselnder Arbeitsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin nun seit dem 30. Juli 2007 als Putzfrau und Hausfrau vollständig arbeitsunfähig. Als Hausfrau bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Auch in den Phasen voller Erwerbstätigkeit sei die Beschwerdeführerin immer nur vermindert einsatzfähig gewesen ( lit . B). Die Prognose für eine volle Erwerbsfähigkeit sei momentan desolat. Die Beschwerdeführerin sei fremdsprachig mit mässigen Deutschkenntnissen, habe eine langdauernde Emigrationsgeschichte mit dürftiger Integration hinter sich, verfüge über eine mangelhafte Schul- und keine Berufsausbildung und sei alleinerziehende Mutter in sozialer Isolation. Bei ungünstigen statischen Verhältnissen werde sich die HWS-Pathologie rasch verschlechtern. Die dringend nötige soziale Unterstützung sei nirgends sichtbar und die psychischen Defizite seien bei der tristen Biographie kaum mehr kompensierbar ( lit . D.7).

#### **E. 4.8**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin einmalig am 25. Oktober 2010, konnte jedoch keinerlei neurologische Befunde feststellen und machte auch keinerlei Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/55/7-8). 4.

## E. 5

Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, Vertrauensarzt der zuständigen Pensionskasse, nannte in seinem Bericht vom 4. August 2008 (Urk. 7/29) folgende Diagnosen (Ziff. 1): - chronisch invalidisierende Nacken-, Schulter- und Oberarmschmerzen rechts - Schulter- Kopfprotraktion bei ausgeprägter Haltungsinsuffizienz und all gemeiner Dekonditionierung - Mögliches intermittierendes radikuläres Syndrom C5 bei mittelgradiger Einengung des Neuroforamen Höhe C4/5 rechts - Uppercross -Syndrom - rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit segmentalen Dysfunktionen bei Haltungsinsuffizienz - rezidivierende leichte bis mittelschwere depressive Phasen bei sozial belastenden Lebensumständen - Mischinkontinenz bei Zystozele I-II, Rektozele I und Descensus uteri I - chronisch atrophische Gastritis mit Anchlorhydrie - Übergewicht (BMI 28.5)

Die objektiven somatischen Befunde seien seit der letzten Untersuchung im August 2007 unverändert. Ein zwischenzeitlich durchgeführtes MRI der HWS habe keine Hinweise für strukturelle Veränderungen gezeigt. Zwischenzeitlich durchgeführte Therapieversuche hätten keinerlei Verbesserungen der Symptomatik gebracht. Die Lebenssituation der Beschwerdeführerin sei unverändert, sie wohne alleine mit ihrem Sohn, der nun in den Kindergarten komme. Die soziale Isolierung habe sich chronifiziert (Ziff. 3). Die Prognose bezüglich zukünftiger Arbeitsfähigkeit sei desolat. Trotz intensiver Bemühungen eines ausgedehnten Helfernetzes, inklusive Schaffung einer Sozialstelle, sei hinsichtlich beruflicher Reintegration keinerlei Erfolg zu verzeichnen. Es sei von einer andauernden Erwerbsunfähigkeit und Berufsinvalidität auszugehen (Ziff. 10). Auch eine andere zumutbare Arbeit komme nicht in Frage (Ziff. 6). 4.

### E. 5.1

Zunächst ist bezüglich der Kritik der Beschwerdeführerin an den Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ festzuhalten, dass beide Gutachten die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1. 5 ) erfüllen.

Zutreffend ist zwar, dass Dr. J.\_\_\_\_ auf eigene bildgebende Untersuchungen verzichtete und sich ausschliesslich auf das bereits bestehende Bildmaterial aus den Jahren 2006 bis 2009 stützte (Urk. 7/82 Ziff. 4.1-2). Es ist jedoch der Fachkompetenz des begutachtenden Rheumatologen überlassen, wie er die Exploration im Einzelnen durchführt. Insbesondere steht es dem Gutachter frei zu entscheiden, welche Untersuchungen er als notwendig erachtet. Nachdem sich anlässlich der ausführlichen klinischen Untersuchung kaum relevante krankhafte Befunde erheben liessen (E. 4. 10 ), kann Dr. J.\_\_\_\_ der Verzicht auf weitere bildgebende Untersuchungen nicht vorgeworfen werden. Unzutreffend ist sodann der Vorwurf, der erhebliche Zeitraum von 2008 bis 2010 sei unberücksichtigt geblieben. Dr. J.\_\_\_\_

verschaffte sich einen Überblick über sämtliche vorhandenen Arztberichte aus der Zeit von Januar 2006 bis Juli 2011 (vgl. Urk. 7/82/2-5 Ziff. 1.1) und setzte sich auch mit diesen auseinander (vgl. Urk. 7/82/15 Ziff. 7).

Ebenso ist auch nicht ersichtlich, inwiefern sich Dr. J.\_\_\_\_

zu Unrecht an das Medas -Gutachten angelehnt haben sollte. Seit der Medas -Begutachtung fanden keine rheumatologischen Untersuchungen mehr statt. Der einzige Bericht, welcher nicht von einem psychiatrischen Facharzt verfasst wurde, ist derjenige von Dr. H.\_\_\_\_, in

welchem jedoch weder ein neurologischer Befund noch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festgehalten wurde (E. 4.8). Dass der Gutachter somit Bezug auf die letzte rheumatologische Beurteilung nahm, entspricht dem absolut normalen Vorgehen.

Was sodann das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ betrifft, stösst die Argumentation der Beschwerdeführerin ebenfalls ins Leere. Die von ihr monierte Diskrepanz zwischen dem Bericht der A.\_\_\_\_, in welchem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, genannt wurde, und der Beurteilung durch Dr. Z.\_\_\_\_, welcher lediglich eine knapp leichtgradige Episode feststellt, führt nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens, zeichnen sich doch rezidivierende depressive Störungen gerade durch einen schwankenden Verlauf aus. Ein solcher ergibt sich denn auch im vorliegenden Fall aus den Arztberichten (vgl. E. 4.3- 4.5). Was sodann die Kritik der Beschwerdeführerin an dem anlässlich der Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ anwesenden Dolmetscher betrifft (Urk. 1 S. 12 Ziff. 46 f.), ergeben sich aus dem Gutachten keinerlei Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin Verständigungsprobleme gehabt hätte. Die Tatsache, dass der Sohn der Beschwerdeführerin seit Frühjahr 2013 fremdplaziert ist, lässt weiter keinen Rückschluss auf die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin zu.

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann somit vollumfänglich auf die bei den Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ abgestellt werden.

### **E. 5.2**

Bezüglich der somatischen Beschwerden hielt der Vertrauensarzt der Pensionskasse, Dr. G.\_\_\_\_, im August 2008 fest, die objektiven somatischen Befunde hätten sich seit der letzten Untersuchung im August 2007 nicht verändert. Auch ein zwischenzeitlich durchgeführtes MRI der HWS ergab keine Hinweise für strukturelle Veränderungen (E. 4.5). Der Hausarzt führte in seinem Bericht vom 23. September 2009 sodann aus, der am 21. April 2008 erlittene Schlag in den Nacken habe zu erneuten starken Nacken- und Armschmerzen geführt. Die Diagnosen blieben jedoch im Wesentlichen unverändert, wobei Dr. F.\_\_\_\_ die radikuläre Symptomatik nicht mehr erwähnte (E. 4.6). Dass das Ereignis vom 21. April 2008 demnach zu einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt hätte, kann somit ausgeschlossen werden. Gestützt auf das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ ist somit organisch von einer leichtgradigen Schulterproblematik auszugehen, wobei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer Wäscherei nach wie vor zu 100 % zumutbar ist. Auch andere körperlich leichte Tätigkeiten sind der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar, wobei häufigere Arbeiten über Kopf zu vermeiden sind (E. 4.10).

### **E. 5.3**

Nachdem bezüglich der psychischen Beschwerden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (E. 4.11) beziehungsweise eine chronische Schmerzstörung (E. 4.9) sowie eine Fibromyalgie / generalisiertes Schmerzsyndrom (E. 4.7) diagnostiziert wurden, ist zunächst unter Berücksichtigung der Rechtsprechung zu prüfen, ob die festgestellte somatoforme Problematik einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt, oder ob der Beschwerdeführerin die Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen zumutbar ist.

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). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeits-syndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

Gemäss der Praxis des Bundesgerichts ist demnach von untergeordneter Bedeutung, dass die somatoforme Problematik von den jeweiligen Ärzten verschieden diagnostiziert wurde.

Zum zentralen Kriterium der psychischen Komorbidität ist zunächst festzuhalten, dass die psychischen Verstimmungen erstmals bereits im Jahre 2003 auftraten und damit rund drei Jahre vor dem Unfall, welcher zu den somatischen Beschwerden führte (E. 4.3). Dass es sich bei den depressiven Verstimmungen um reaktive Begleiterscheinungen der somatoformen Problematik handelt, kann somit ausgeschlossen werden. In allen Arztberichten werden jedoch die schwierigen Lebensumstände der Beschwerdeführerin betont. Diese ist sozial isoliert, als alleinerziehende Mutter vom Kindsvater alleine gelassen und mit der Erziehung ihres Sohnes überfordert und finanziell von der Sozialhilfe abhängig (vgl. E.4.3, E. 4.4, E. 4.5, E. 4.9, E. 4.11). Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie bei spielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon

psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Die psychosoziale Belastungssituation steht vorliegend im Vordergrund .

Der rezidivierenden depressiven Störung mit leicht bis mittelgradigen Episoden , im Zeitpunkt der Begutachtung knapp leichtgradig , fehlt es am notwendigen Schweregrad, um eine psychische Komorbidität

von der geforderten Schwere und Ausprägung bejahen zu können .

Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zug kommenden weiteren Kriterien zu prüfen.

Neben den psychischen Beschwerden beziehungsweise dem generalisierten Schmerzsyndrom liegt eine leichtgradige Schulterproblematik vor (vgl. E. 5.2). Allerdings entwickelte sich die Schmerzstörung aus den chronischen Nacken-, Schulter- und Oberarmschmerzen, so dass dabei nicht von einer körperlichen Begleiterkrankung ausgegangen werden kann.

Was sodann den Rückzug in allen Belangen des sozialen Lebens betrifft, ist dies zu bejahen, nachdem sowohl Dr. E.\_\_\_\_ (E. 4.3), der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ (E. 4.4) und Dr. G.\_\_\_\_ (E. 4.5) als auch die Ärzte der A.\_\_\_\_ (E. 4.9) die soziale Isolation der Beschwerdeführerin beschrieben.

Die Beschwerdeführerin hat sich zwar immer wieder in psychotherapeutische Behandlung begeben, dass sie jedoch mittels verschiedener, auch stationärer oder alternativer Therapieansätze versucht hätte, die Beschwerden zu überwinden, ergibt sich nicht aus den Akten und wurde im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der Krankheitsverlauf therapeutisch nicht mehr beeinflussbar ist und unterschiedliche Behandlungen gescheitert sind.

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden zusätzlichen Kriterien führt zum Schluss, dass insgesamt höchstens ein Kriterium, dasjenige des Rückzugs in allen sozialen Belangen, erfüllt ist und damit der Schluss der ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung unzulässig ist. Somit ist der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben und die aufgrund der diagnostizierten somatoformen Problematik attestierte Arbeitsunfähigkeit bleibt im sozialversicherungsrechtlichen Rahmen ausser Betracht.

#### **E. 5.4**

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht keine invalidisierenden

Einschränkungen bestehen, und ihr trotz der bestehenden leichtgradigen Schulterproblematik die bisherige, körperlich leichte Tätigkeit in einer Wäscherei wie auch jede andere körperlich leichte Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zumutbar ist, wobei auf Arbeiten über Kopf zu verzichten ist. 6.

## **E. 6**

In seinem Bericht vom 23. September 2009 (Urk. 7/36) führte der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei am 21. April 2008 beim Aussteigen aus der S-Bahn von einem unbekanntem Mann so stark in den Nacken geschlagen worden, dass sie vornüber gestürzt sei. Aufgrund erneuter starker Nacken-/Armschmerzen sei die Physiotherapie wieder aufgenommen und wiederholt lokal Cortison injiziert worden, wobei mit diesen Therapien nicht einmal der Status quo ante bezüglich April 2008 habe erreicht werden können (Ziff. 1). Als Diagnosen nannte Dr. F.\_\_\_\_ sodann folgende (Ziff. 4):

- chronisch invalidisierende Nacken-, Schulter- und Oberarmschmerzen rechts bei Diskushernie C4/5 rechts, ausgeprägter Haltungsinsuffizienz mit hochthorakaler Hyperkyphose, tief-zervikaler Hyperlordose und lumbalem Flachrücken bei allgemeiner Dekonditionierung - Uppercross -Syndrom - chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit segmentaler Dysfunktion - rezidivierende leichte, häufiger mittelschwere depressive Phasen bei sozial belastenden Lebensumständen - Mischinkontinenz bei Zystozele 2. Grades, Rektozele und Descensus uteri 1. Grades mit andauernder Symptomatik nach zwei Operationen - chronisch atrophe Gastritis

Die Beschwerdeführerin habe seit seinem letzten Zeugnis in reduziertem Umfang an einem geschützten Arbeitsplatz als Kantinen- und Reinigungsmitarbeiterin in einem Alters- und Pflegeheim gearbeitet, habe jedoch auch diese Leistungen nicht erbringen können. Bis auf Weiteres sei sie auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 3). 4.

### **E. 6.1**

Es bleibt somit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen vorzunehmen, nachdem die Beschwerdeführerin nun, im Gegensatz zur ersten rentenverneinenden Verfügung vom 19. Februar 2008, als voll erwerbstätige Person zu qualifizieren ist.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 6.2**

Für die Ermittlung des ohne Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3b mit Hinweis), wobei für die Vornahme des Einkommensvergleiches grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns, hier mithin auf das Jahr 2009, abzustellen ist (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Im vorliegenden Fall ist vom letzten Verdienst der Beschwerdeführerin als Hauswirtschaftsangestellte

in einem Pflegezentrum auszugehen (Urk. 7/43 Ziff. 2.7). Dabei erzielte sie im Jahre 2009 bei einem Pensum von 50 % ein Jahreseinkommen in der Höhe von gerundet Fr. 27'272.95 (Urk. 7/34 Ziff. 2.10). Nachdem die Beschwerdeführerin nun als voll Erwerbstätige zu qualifizieren ist (vgl. vorstehend E. 3.2), ergibt sich ein Valideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 54'546.-- (Fr. 27'272.95

x 2).

### **E. 6.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Nachdem die Beschwerdeführerin seit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses per Ende August 2009 (Urk. 7/34 Ziff. 2.1) keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne beizuziehen und es ist vom mittleren Lohn für Frauen, die einfache und repetitive Arbeiten ausführen, auszugehen. Dieser belief sich im Jahre 2008 auf monatlich Fr. 4'116.-- (LSE 2008, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2010, TA1, Total, Niveau 4), mithin Fr. 49'392.-- im Jahr (Fr. 4'116.-- x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung von 2.1 % im Jahr 2009 (Die Volkswirtschaft, 6/2011, Tab. B10.2, Total) sowie einer wöchentlichen Arbeitszeit von

41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft, 6/2011, Tab. B9.2, Total) ergibt dies bei dem der Beschwerdeführerin zumutbaren Arbeitspensum von 100 % für das Jahr 2009 ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 52'572.-- (Fr. 49'392.-- x

#### **E. 6.4**

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 verwerthen 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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Die Beschwerdeführerin machte einen Leidensabzug von mindestens 20 % geltend und begründete dies mit der Tatsache, dass sie aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen lediglich noch leichte Putzarbeiten ausführen könne. Solche Stellen gebe es aber nicht, und wenn, dann seien sie erheblich schlechter bezahlt als normale Reinigungsarbeiten. Aufgrund ihrer schlechten Deutsch- und mangelhaften Rechenkenntnisse müsse sie ebenfalls mit einer schlechteren Bezahlung rechnen. Auch werde eine Teilzeitanstellung schlechter bezahlt (Urk. 1 S. 19 Ziff. 78 f.).

Nachdem der Beschwerdeführerin nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ohne Arbeiten über Kopf zugemutet werden können, erscheint ein Leidensabzug gerechtfertigt. Nicht zu berücksichtigen sind hingegen die mangelnden Deutschkenntnisse sowie die fehlende Berufsausbildung der Beschwerdeführerin, da es sich dabei um invaliditätsfremde Faktoren handelt.

Den Gegebenheiten des vorliegenden Falles angemessen ist ein Abzug von höchstens 10 %.

#### **E. 6.5**

Bei einem Abzug von 10 % beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 47'315.-- (Fr. 52'572.-- x 0.9; vgl. vorstehend E. 6.3). Bei einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 54'546.-- (vgl. vorstehend E. 6.2) beträgt die Einkommenseinbusse somit Fr. 7'231.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 13.26 % entspricht.

Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

### **E. 7**

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde die Beschwerdeführerin in der MEDAS Y.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet. In ihrem auf den ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen sowie eigenen Befragungen und Untersuchungen basierenden Gutachten vom 2. Juni 2010 (Urk. 7/43) diagnostizierten die beteiligten Ärzte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine Periarthropathia

humeroscapularis rechts ohne Hinweise auf eine Impingementsymptomatik und ohne Einschränkung der Beweglichkeit (S. 13 Ziff. 4.1). Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie sodann ein generalisiertes Schmerzsyndrom

(bevorzugt die rechte Körperhälfte) sowie psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Die Kriterien für Fibromyalgie seien erfüllt (S. 13 Ziff. 4.2). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer Wäscherei sei der Beschwerdeführerin, da es sich offenbar um eine körperlich leichte Tätigkeit gehandelt habe, uneingeschränkt zumutbar, die Arbeitsfähigkeit betrage 100 %. Die diagnostisch als objektiver Gesundheitsschaden im Vordergrund stehende Periarthropathia

humeroscapularis rechts führe infolge verminderter Belastbarkeit zu einer Einschränkung für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie für Arbeiten an oder über Schulterhöhe wie auch für klassische Reinigungsarbeiten. All dies sei der Beschwerdeführerin im Rahmen der vorgegebenen Einschränkungen nicht mehr möglich. Die Tätigkeit als Hausfrau in einem Zweipersonenhaushalt sei der Versicherten aufgrund der guten Einteilbarkeit der anfallenden Arbeiten uneingeschränkt zumutbar (S. 14 Ziff. 5.1). Behinderungsangepasst seien der Beschwerdeführerin lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten, gehend und/oder sitzend, zumutbar, dies in uneingeschränktem Ausmass (S. 14 Ziff. 5.2). Die Arbeitsunfähigkeit sei auf das Datum der erneuten Anmeldung bei der Invalidenversicherung am 26. August 2009 zurückzudatieren bei seither im Wesentlichen unverändertem Gesundheitszustand (S. 14 Ziff. 5.4).

### **E. 7.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

### **E. 7.2**

Für das Beschwerdeverfahren wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. August 2012 die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 10). Mit Honorarnote vom 19. August 2013 machte Rechtsanwältin Katja Ziehe, Küsnacht, Aufwendungen von insgesamt 13.17 Stunden sowie Auslagen von Fr. 78.30 geltend (Urk. 12), was angemessen erscheint. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist eine Entschädigung von Fr. 2'929.30 zu bezahlen. 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 §

#### **E. 9**

Die behandelnden Ärzte der I, A.\_\_\_\_, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 27. Juli 2011 (Urk. 7/69) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Ziff. 1.1). Als Haushaltshilfe sei die Beschwerdeführerin seit dem Behandlungsbeginn am 10. Mai 2011 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Es bestünden eine verminderte Aufmerksamkeitsspanne sowie eine verminderte Stresstoleranz. Weiter bestehe im formalen Gedankengang eine Grübelneigung, welche sich negativ auf die Konzentrationsfähigkeit und die Schlafqualität auswirke. Bei anhaltender Reizüberforderung und fehlenden Copingstrategien neige die Beschwerdeführerin zu sozialem Rückzug, was wiederum zu einer Verschlechterung der depressiven Symptome führen könne. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Fähigkeit, sich sozial zu integrieren, mittelgradig eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine Arbeitsfähigkeit am ersten Arbeitsmarkt scheine im Moment und bis auf Weiteres nicht gegeben. Eine Beschäftigung im Rahmen einer geschützten Tätigkeit zur Tagesstrukturierung sei ab dem 30. Juni 2011 mit einem Belastungsprofil von 20 % (acht Stunden pro Woche) zumutbar (Ziff. 1.7). 4.

#### **E. 10**

Am 16. November 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin rheumatologisch begutachtet (Urk. 7/82). In seinem auf den vorhandenen Akten, der eigenen Untersuchung sowie Besprechungen mit Dr. Z.\_\_\_\_ basierenden Gutachten nannte Dr. J.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 13 Ziff. 1): - generalisierte Schmerzen ohne erkennbare, ausreichend erklärende organische Veränderungen - mögliche, leichtgradige

Periarthropathia

humeroscapularis rechts, aktuell ohne erkennbare Impingementsymptomatik - Adipositas

Das aktuelle Beschwerdebild habe seinen Anfang im Anschluss an ein Schulter-Nacken-Trauma im Januar 2006 genommen, erst der weitere klinische Verlauf bei gleichzeitiger Therapieresistenz habe schliesslich im Medas-Gutachten

vom Juni 2010 weg von der Fokussierung auf eine umschriebene Pathologie hin zu einem generalisierten Schmerzbild geführt. Klinisch liessen sich derzeit kaum relevante krankhafte Befunde erheben. Im Gegensatz zur Medas-Untersuchung seien auch an der rechten Schulter keine gröberen Auffälligkeiten erkennbar, insbesondere liessen sich keine Impingementzeichen finden und die Schulter sei frei beweglich. Angesichts der diffusen Schmerzen könne eine leichte residuelle

Periarthropathia

humeroscapularis kaum mehr sicher abgegrenzt werden (S. 13 f. Ziff. 1).

Die letzterwähnte Tätigkeit in einer Wäscherei sei der Beschwerdeführerin zu 100 % zumutbar. Obwohl sich heute keine sichere Schulterpathologie mehr erkennen lasse, seien angesichts der Vorgeschichte häufigere Arbeiten über Kopf nicht ratsam, da sich ein organisch begründetes Schmerzrezidiv bei grösserer Schulterbelastung rechts nicht ausschliessen lasse (S. 14 Ziff. 2). Zumutbar seien der Beschwerdeführerin sodann alle ihrer Konstitution und ihrem Trainingszustand angepassten Tätigkeiten unter Berücksichtigung der erwähnten Rücksichtnahme auf die rechte Schulter. So seien ihr auch leichtere Putzarbeiten zumutbar (S. 14 Ziff. 3). Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich seit dem letzten Gutachten nicht grundsätzlich verändert, die etwas verbesserte Situation an der rechten Schulter könne vernachlässigt werden (S. 15 Ziff. 10). 4. 1 1

Dr. Z.\_\_\_\_ begutachtete die Beschwerdeführerin am 25. November 20

#### **E. 11**

und erstattete am 13. Dezember 2011 gestützt auf die vorhandenen Akten, eigene Untersuchungen sowie die Besprechungen mit Dr. J.\_\_\_\_ sein Gutachten (Urk. 7/81 S. 1). Dabei nannte er folgende Diagnosen (S. 10 Zu 1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig knapp leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) - familiäre Schwierigkeiten, mässige kulturelle Integration (ICD-10 Z63/Z60.3)

Im Jahre 2003 sei die Beschwerdeführerin erstmals verstimmt gewesen, habe aber keine psychiatrische Behandlung aufgenommen. Im Sommer 2007 sei eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden, nachdem die Beschwerdeführerin bereits vorher wegen der schwierigen psychosozialen Situation in eine Erschöpfung geraten sei. Im Anschluss daran habe sie während Jahren eine relativ günstige psychische Phase durchgemacht, wobei sich in dieser Zeit die Schmerzkrankheit bzw. die psychosomatische Überlagerung derselben verstärkt habe. Im Herbst 2010 sei es zu einer verstärkten Depressivität gekommen, wobei erneut ungünstige soziale und familiäre Schwierigkeiten eine Rolle gespielt hätten. Im Mai 2011 habe die Beschwerdeführerin subjektiv deutlich an psychischen Beschwerden gelitten und deshalb auch eine ambulante psychiatrische Therapie aufgenommen. Ab August 2011 habe sich eine relevante Verbesserung der Depression eingestellt, die Beschwerdeführerin gehe deshalb nur noch selten zum Therapeuten. Von April bis August 2011 habe vorübergehend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von über 20 % bestanden, seither habe sich die Arbeitsfähigkeit jedoch auf 85 % gesteigert (S. 11 f. Zu 5). Die Beschwerdeführerin zeige hinsichtlich der früher ausgeübten Tätigkeiten weitgehend erhaltene Fähigkeiten. Im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt (S. 11 Mitte). 5.

#### **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hinge wiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Katja Ziehe - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kübler-Zillig FK/JK/BS versandt

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