

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00556 vom 25. April 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00556](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00556)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00556 du 25 avril 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00556 del 25 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1966 geborene X.\_\_\_\_, alleinerziehende Mutter zweier Kinder, arbeitet ab 1995 bei der Y.\_\_\_\_ im Bereich Gepäcksortierung (vgl. Urk. 23/1-2, 11/5/6, 23/11). Am 31. Januar 2011 meldete sie sich unter Hinweis auf chronische Nacken- und Wirbelsäulenschmerzen und eine seit 18. Oktober 2010 bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 23/5).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (im Folgenden: IV-Stelle) klärte die beruflichen (Urk. 23/7-8, 23/11) und medizinischen Verhältnisse (Urk. 23/15, 23/18) ab und holte ein Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 9. September 2011 (Urk. 23/21) ein. Am 13. Oktober 2011 teilte sie der Versicherten die Notwendigkeit einer weiteren medizinischen Abklärung in Form einer psychiatrischen Untersuchung durch med. pract.

A.\_\_\_\_ und einer Abklärung durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit (Urk. 23/23). Nach Eingang des interdisziplinären Gutachtens vom 20. Dezember 2011 (Urk. 23/25) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Januar 2012 die voraussichtliche Abweisung des Leistungsbegehrens mit (Urk. 23/28). Mit dem Einwand vom 24. Januar 2012 bat die Versicherte um Zustellung des Berichts von Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 23/30), worauf ihr behandelnder Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ am 8. März 2012 eine Stellungnahme einreichte (Urk. 23/32). Mit Verfügung vom 11. Mai 2012 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente, da keine dauerhafte Einschränkung in der angestammten Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen sei (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar

ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermaßen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt, unabdingbar. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise 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 verselbständigte 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2011).

### **E. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und

Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gebe nenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

## **E. 2**

Der Beschwerdeführerin sei – unter Eventualabfolge – eine ganze, Dreiviertel-, halbe oder Viertelinvalidenrente zuzusprechen.

### **E. 2.1**

Materiell strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente respektive berufliche Eingliederungsmassnahmen.

Die Beschwerdeführerin verneinte einen Leistungsanspruch der Beschwerde - führte im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht gestützt auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ eine optimal angepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % ausüben könne und entsprechend dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Die diagnostizierte chronische Schmerzstörung sei überwindbar (Urk. 22).

Die Beschwerdeführerin lässt die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ sowohl in formeller (rechtliches Gehör) als auch materieller Hinsicht bestreiten und zusammengefasst ausführen, dass gestützt auf die Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_, Dr. E.\_\_\_\_ sowie Dr. Z.\_\_\_\_ und die übrigen in den Akten liegenden ärztlichen Beurteilungen von einer Unüberwindbarkeit der Schmerzen und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk. 29, 31). 3.

## **E. 3**

Der Beschwerdeführerin sei der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen.

### **E. 3.1**

Den medizinischen Akten ist Folgendes zu entnehmen:

Gemäss Bericht des Facharztes FMH für Rheumatologie, Dr. med. F.\_\_\_\_, vom 26. November 2010 litt die Beschwerdeführerin seit drei Jahren an Ellbogenschmerzen rechts und Cervicalgien. Die klinischen und bildgebenden Abklärungen führten zu folgender Diagnose:

- Cervicospondylogenes Syndrom rechtsbetont mit Verdacht auf eine leichte radikuläre Reizung ohne MR-tomographische Wurzelbeeinträchtigung bei leichter Osteochondrose und zirkulärer Diskusprotrusion C5/6 - Epicondylopathia

radialis

humeri rechtsbetont.

Dr. F.\_\_\_\_ empfahl eine dreiwöchige Arbeitsentlastung, das konsequente Vermeiden aller schmerzprovozierenden Tätigkeiten und die Weiterführung der im Oktober begonnenen

Physiotherapie ( Urk. 23/10/6).

Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ schloss sich in seinem Schreiben vom 27. Dezember 2010 obiger Diagnosestellung an. Die Beschwerdeführerin klagt seit zwei Jahren über rechts betonte Ellbogenschmerzen und im Laufe des Tages zunehmende Cervicalgien sowie Muskelschmerzen des Schultergürtels, nuchal und am Arm rechtsbetont. Seit 18. Oktober 2010 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig in ihrer aktuellen Tätigkeit. In einer leichtesten körperlichen Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, repetitives Bücken, Knien oder Verharren in Zwangshaltungspositionen sowie mit maximalem Heben von 5 Kilogramm, ohne Tragen bestehe aktuell eine höchstens 50%ige Arbeitsfähigkeit ( Urk. 23/10/4 ).

Am 12. April 2011 bat Dr. G.\_\_\_\_ die H.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin, welche aktuell wegen Exazerbation der Beschwerden seit 11. April 2011 voll ständig arbeitsunfähig sei, zur Behandlungsübernahme aufzubieten ( Urk. 23/18/5).

### **E. 3.2**

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin unterzog Dr. Z.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin am 12. Juli 2011 einer orthopädischen Untersuchung, zog neben den bereits vorhandenen medizinischen Akten einen Bericht des seit 26. Mai 2011 behandelnden Psychiaters Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 5. September 2011 ( Urk. 32/21/15-16) bei und erstellte Röntgenbilder beider Schultern und der Lendenwirbelsäule.

Gemäss seiner Beurteilung fanden sich weder radiologisch noch klinisch Befunde, welche die angegebenen Beschwerden, Schmerzen und Bewegungen einschränkungen der rechten Schulter, des rechten Ellbogens und des rechten Armes zu erklären vermöchten. Die Situation werde erst unter Einbezug der psychiatrischen Diagnose erklärt. Bei bis jetzt fehlendem Erfolg sämtlicher therapeutischer Massnahmen resultiere ein eindrückliches, therapieresistentes Dead-arm-Syndrom rechts bei anamnestisch unklarer chronischer Epicondylitis

radialis

humeris rechtsbetont. Aufgrund der fundierten Diagnose von Dr. C.\_\_\_\_ erachtete er eine zusätzliche psychiatrische Abklärung als sinnvoll und schloss sich auch therapeutisch den Überlegungen von Dr. C.\_\_\_\_ an. Da die Beschwerdeführerin nur für manuelle Tätigkeiten eingesetzt werden könne, bestehe auch aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; nach seiner Ansicht sei vorläufig eine 100%ige Berentung angezeigt ( Urk. 23/21/1-14).

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 5. September 2011 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4. Die Beschwerdeführerin wirke affektiv eingeschränkt schwin gungsfähig, ängstlich, unsicher, zeige ein geringes Selbstwertgefühl und eine reduzierte Modulation in Gestik und Mimik, die Konzentrationsfähigkeit und der Antrieb seien vermindert. Die Auffassung sei intakt, mnestisch erkannte Dr. C.\_\_\_\_ keine Defizite, jedoch berichte die Beschwerdeführerin von Interessenverlust und Schlafstörungen; ihr formales Denken sei auf Beschwerden und Beschwerliches eingeengt. Seines Erachtens sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig ( Urk. 23/21/15-16).

### **E. 3.3.1**

Das bidisziplinäre Gutachten B.\_\_\_\_ / A.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2011 basiert neben den bisherigen Akten auf einer orthopädisch-rheumatologischen, einer rheumatologisch-orientierten neurologischen und einer psychiatrischen Untersuchung vom 3. November 2011 sowie Röntgenbefunden der Halswirbelsäule und beider Ellbogen vom 4. November 2011.

Gemäss Dr. B.\_\_\_\_ imponiere bei der Beschwerdeführerin bezüglich der rechten oberen Extremität eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz. So seien die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung während der Begutachtung in diesem Bereich deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel.

Auffällig sei eine ausgeprägte Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur und der Schultergürtel-/Schulter-Nackermuskulatur, welche zusammen mit der Fehlhaltung sowie dem Schonverhalten im Bereich des rechten Armes zu einer ständigen Fehl- und Überlastung insbesondere des Schultergürtels, aber auch der Wirbelsäule mit konsekutiv multiplen Insertions tendinopathien und aktuell einer Funktionsstörung des rechten

Iliosakralgelenkes

( ISG ) führe, wobei letzteres nicht strukturell pathologisch sei, sondern eine therapierbare Blockierung. Durch die seit dem Jahr 2008 bestehende Schmerz - symptomatik sei es konsekutiv zu einem Schonverhalten mit Entwicklung beziehungsweise Zunahme von muskulären Dysbalancen gekommen. Eine derartige Dekonditionierung stelle jedoch keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar, könne er doch durch entsprechende Therapien behoben werden. Die primär durchgeführten passiven Anwendungen seien nicht geeignet gewesen, eine Rekonditionierung zu erzielen.

Die Diagnose einer Epicondylopathia

radialis

ulnaris sei zu bestätigen, jedoch angesichts der generalisierten Druckdolenz über der gesamten rechten oberen Extremität sowie mangels typischer Triggerpunkte als atypisch zu bezeichnen. Die bei der Tätigkeit als Postsortiererin anfallenden repetitiven Arbeitsverrichtungen mit immer

wiederkehrenden Bewegungsabläufen und sich ständig wiederholender Zugbeanspruchung der Sehnenansätze führe zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung der entsprechenden anatomischen Strukturen mit konsekutiv entsprechender Beschwerdeblastung. Konform hierzu fänden sich in der aktuellen Bildgebung zwar weiterhin keine richtungsweisenden Pathologien im eigentlichen Ellbogengelenk, jedoch in Projektion auf das radiale Kollateralband beziehungsweise den Epicondylus

radialis

humeri grobschollige Verkalkungen, welche überwiegend wahrscheinlich im Rahmen einer chronischen Entzündung entstanden seien. Die neurologische Untersuchung habe keinerlei Hinweise auf eine ( floride ) neuroradikuläre Symptomatik ergeben. Die von der Beschwerdeführerin geklagten rezidivierenden Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke ordnete Dr. B.\_\_\_\_ einem femoropatella ren

Schmerzsyndrom zu. Da die Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten mit regelmässigem Knien oder Hocken ausführe und auch das Bewältigen von Treppen oder Leitern nicht notwendig sei, resultiere hieraus kein invalidisierender Gesundheitsschaden, zumal die muskuläre Dysbalance ebenso wie die geklagten Spannungskopfschmerzen behandelbar seien. Für die ebenfalls geklagten Schmerzzustände im Bereich Achillessehne sowie 5. Mittelfussknochen hätten weder die Klinik noch die Laboruntersuchungen zu einem positiven Befund geführt.

Zusammenfassend erklärten sich die geklagten Beschwerden nur teilweise aus den erhobenen Befunden. Insgesamt bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den von der Beschwerdeführerin demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (Urk. 23/25/13 ff.).

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass Dr. B. \_\_\_ denn auch nur der diagnostizierten atypischen Epicondylopathia

radialis > ulnaris

humeris rechts mit/bei muskulärer Dysbalance / Dekonditionierung und grobscholligen Verkalkungen in Projektion auf das radiale Kollateralband beziehungsweise den Epicondylus

radialis

humeri rechts, überwiegend wahrscheinlich im Rahmen einer chronischen Entzündung bei (Urk. 23/25/17) und zwar im Rahmen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Jedoch handle es sich nicht um eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer Invalidität, da die Prognose unter einer adäquaten Therapie grundsätzlich gut sei. In einer optimal dem Leiden angepassten, leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitive Arbeitsverrichtungen mit statischen und dynamischen Anteilen sei bezogen auf ein Vollpensum eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit zu attestieren (Urk. 23/25/17).

### **E. 3.3.2**

Med. pract .

A. \_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin am 4. November 2011. Neben einer Affektlabilität mit Stimmungsschwankungen und einer leicht reduzierten affektiven Schwingungsfähigkeit notierte sie als psychopathologische Befunde lediglich eine leichte psychomotorische Unruhe. Die Schlafstörungen ordnete med. pract .

A. \_\_\_ den Schmerzen zu. Die psychischen Faktoren seien erst nach dem Entstehen der Epicondylitis aus gebrochen, obwohl die Eheprobleme bereits 2005 begonnen hätten und die Trennung im Jahr 2008 erfolgt sei. Die zunächst auf den Ellbogen bezogenen Schmerzen hätten sich ausgeweitet und würden durch einen innerpsychischen Konflikt im Sinne eines Autonomie- Abhängigkeitskonflikts aufrecht erhalten. Da die Beschwerdeführerin nicht unter vielfältigen, fluktuierenden körperlichen Beschwerden leide, handle es sich nicht um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, zumal eine organische Erkrankung in Form der atypischen Epicondylitis vorliege.

Das Vorliegen einer depressiven Störung verneinte med. pract .

A.\_\_\_\_ . Die Beschwerdeführerin beschreibe in erster Linie, unter starken Schmerzen zu leiden, welche schlimmer seien als die Traurigkeit. Die Traurigkeit sei in erster Linie reaktiv bedingt, da die Beschwerdeführerin glaube, alles verloren zu haben. Zudem leide sie unter der aktuellen Abhängigkeit vor allem vom Ehemann. Psychopathologisch imponiere eine müde und erschöpft wirkende Explorandin und es könne eine Affektlabilität mit Stimmungsschwankungen und häufigem Weinen sowie eine leicht reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit festgestellt werden. Ein genereller Interesseverlust oder Freudlosigkeit verneinte med. pract .

A.\_\_\_\_ ebenso wie eine generelle Verminderung des Antriebs oder eine verminderte Konzentration oder Aufmerksamkeit.

Zusammengefasst liege eine leichte depressive Begleitsymptomatik im Rahmen der chronischen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.41 vor, nicht aber eine eigenständige depressive Störung. Eine krankheitswertige psychische Störung bestehe nicht; die Beschwerdeführerin verfüge über genügend Ressourcen, um wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen.

Die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung mit somatischem Syndrom von Dr. C.\_\_\_\_ könne nicht nachvollzogen werden, fehlten doch Hinweise auf depressive Episoden in der Anamnese; auch habe anlässlich der aktuellen Begutachtung eine solche Episode nicht bestätigt werden können . Nicht begründet habe Dr. C.\_\_\_\_ zudem den Zustand „mittelgradig“, auch habe der Hausarzt im April 2011 das verordnete Antidepressivum abgesetzt und den psychischen Zustand als gebessert bezeichnet. Ausserdem schloss med. pract .

A.\_\_\_\_ auf eine mutmasslich mangelnde Compliance bei der Medikamenteneinnahme , habe doch die Blutspiegelkontrolle des Citaloprams , welches die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ als aktuelle Medikation erwähnt habe, einen deutlich erniedrigten Serumspiegel aufgewiesen ( Urk. 23/25 / 23 ff.).

### **E. 3.4**

Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte Dr. C.\_\_\_\_ eine Stellungnahme vom 8. März 2012 zum Gutachten von med. pract .

A.\_\_\_\_ ein. Hinsichtlich der von med. pract .

A.\_\_\_\_ vermuteten Malcompliance erklärte er , dass die Beschwerdeführerin seit 7. Juni 2011 das Antidepressivum Fluoxetin einnehme, weshalb die Annahme einer mangelnden Medikamentencompliance aufgrund einer Serumspiegelmessung eines nicht eingenommenen Medikamentes konstruiert erscheine. Zu seiner Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wies er auf die von med. pract .

A.\_\_\_\_ ebenfalls erwähnten Suizidimpulse in der Vergangenheit als wichtiges Zweitrangsymptom bei Depression hin. Auch sei im Gutachten A.\_\_\_\_ unbeachtet geblieben, dass die Beschwerdeführerin bereits 2004/2005 bei Dr. med. I.\_\_\_\_ wegen eines depressiven Erlebens in Behandlung gestanden sei. Ihre Ausführungen zur somatoformen Schmerzstörung beurteilte er als fachlich falsch und unlogisch ( Urk. 23/32).

### **E. 3.5**

Dr. E.\_\_\_\_ unterzog die Beschwerdeführerin an drei Untersuchungsdaten im November 2012 einer psychiatrischen Exploration. Sie stütze ihre Beurteilung auf ihre klinischen

Befunde und ergänzende Fragebogendiagnostik in Form des SKID II, der Hamilton-Skala und des Beck-Depressionsinventars, die bisherige Aktenlage sowie eine Rückfrage bei Dr. G.\_\_\_\_.

Insgesamt lautete ihre Beurteilung dahingehend, dass die Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin geprägt gewesen sei durch anhaltende emotionale und soziale Entbehrungen sowie durch chronische psychische und körperliche extreme Gewalterfahrungen. Diese Erlebnisse hätten sie nachhaltig geprägt und zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 (PTBS) geführt. Folgen der unbewältigten und kumulativen Kindheitstraumen seien eine erhöhte psychische Vulnerabilität, andere psychische Erkrankungen zu entwickeln, und die deshalb verminderte intrapsychische Kapazität, diese zu bewältigen. Im Lichte dessen habe sich eine affektive Erkrankung entwickelt, welche sich klinisch als rezidivierende depressive Episoden und im Untersuchungszeitpunkt als schwere depressive Episoden zeige. Die parallel und kumulativ nachfolgenden psychischen Traumatisierungen in Form persönlicher Verluste in ihrer Kindheit und als Erwachsene sowie die bisher fehlenden psychischen Bewältigungsmöglichkeiten hätten im Verlauf ihre intrapsychischen und affektiven Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft, weshalb sie weiteren existenziellen Bedrohungen nicht mehr gewachsen gewesen sei und diese nur noch mit der Entwicklung eines klinisch relevanten körperlichen Leidens in Form einer somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 beantwortet werden können.

Seit 2002 einhergehend mit einer durchgeführten Thyreodektomie und damit einhergegangenen Verlustgefühlen habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert, was über Jahre verkannt und unbehandelt geblieben sei und den chronischen Verlauf begünstigt habe. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung und des bisherigen zehnjährigen Krankheitsverlaufes weder im geschützten noch im ungeschützten Rahmen arbeitsfähig (Urk. 33). 4.

#### **E. 4**

Vor weiteren Verfahrenshandlungen sei das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie

und Psychotherapie, abzuwarten, welches durch die

Beschwerdeführerin bis am 31. Dezember 2012 nachgereicht wird.

##### **E. 4.1.1**

Vorweg zur Würdigung obiger Arztberichte ist darauf hinzuweisen, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

##### **E. 4.1.2**

Die Beschwerdeführerin liess die Verwertbarkeit des Gutachtens B.\_\_\_\_ / A.\_\_\_\_ in formeller Hinsicht bestreiten, da der mit BGE 137 V 314 vorgeschriebene Einigungsversuch über die Gutachterperson ausgeblieben sei und ihr keine Gelegenheit eingeräumt worden sei, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern und Ergänzungsfragen zu stellen (Urk. 29 S.

3).

Die Begutachtung durch Dr. B.\_\_\_\_ und med. pract .

A.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführerin nach den Vorgaben von Art. 44 ATSG mit Schreiben vom 14. Juni 2011 ( Urk. 23/20) angekündigt . Sie hat dagegen keine Einwände erhoben , weshalb der Einwand der fehlenden Einigung unbegründet ist . Vor Erlass der Verfügung konnte sie zum Gutachten Stellung beziehen , was in Form der Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 8. März 2012 ( Urk. 23/32) stattfand . Zusatzfragen hat sie indessen nicht gestellt.

Gestützt auf BGE 137 V 210 (E. 3.4.2.9 ) hat die versicherte Person Anspruch, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern. Ein nach altem Verfahrensstand eingeholtes Gutachten verliert indessen seinen Beweiswert auch mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erläuterten Korrektive , welche abgesehen von der Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip auf mono- und bidisziplinäre Gutachten sinngemäss anwendbar sind (BGE 139 V 349) , nicht. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6 ).

Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, kann im hier zu beurteilenden Fall ein präjudizierender Effekt (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.4 ), weil sich die Beschwerdeführerin nicht vorgängig zum Gutachten äussern und dabei keine Fragen zur Dauerhaftigkeit der zumutbaren Arbeitsfähigkeit, den Försterschen Kriterien und der als suggestiv bezeichneten Zusatzfrage zum Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ ( Urk. 23/22/2) stellen konnte (vgl. diesbezügliche Vorbringen in Urk. 29 S. 4), ausgeschlossen werden. Jedoch bleibt darauf hinzuweisen, dass der blosser Einwand der fehlenden Möglichkeit einer präventiven Mitwirkung den Beweiswert des nach altem Verfahrensstand eingeholten Gutachtens nicht zu schmälern

vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C \_ 25/2013 vom 20. August 2013 E. 5.1).

#### **E. 4.2**

In somatischer Hinsicht deckt sich die Diagnosestellung von

Dr. B.\_\_\_\_

im Wesentlichen mit derjenigen der D.\_\_\_\_ und wird letztlich auch durch die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ , der noch keine Kenntnis von den erstmals im Röntgenbefund vom 4. November 2011 (vgl. Urk. 23/25/12) festgestellten grobscholligen Verkalkungen im Bereich des rechten Ellbogens hatte und entsprechend von einer unklaren chronischen Epicondylopathie ausging ( Urk. 23/21/11), bestätigt. Gestützt auf das diesbezüglich überzeugende und durch die übrige Aktenlage bestätigte Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ ist somit erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer atypischen Epicondylopathia

radialis > ulnaris

humeri rechts bei muskulärer Dysbalance / Dekonditionierung und grobscholligen Verkalkungen in Projektion auf das radiale Kollateralband beziehungsweise den Epicondylus

radialis

humeris rechts leidet (vgl. Urk. 23/25/35). Was die übrigen Schmerz zustände im Bereich der rechten oberen Extremität, aber auch die rezidivierenden Cervicocephalgien, das femoropatellare Schmerzsyndrom und die rezidivierenden Algien der Achillessehne beidseits anbelangt, erweist sich die medizinische Aktenlage letztlich ebenfalls als im Wesentlichen kongruent, fanden doch weder Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 23/25/13 ff.), noch Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 23/21/11 f.) oder Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 23/18/7-19) klinisch oder radiologisch objektivierbare Befunde, welche die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in Art und Ausmass zu erklären vermöchten. Im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ wurden dieselben allesamt der Diagnose ICD-10 F45.4 beigeordnet (Urk. 11/4).

Einzig limitierender Gesundheitsschaden aus somatischer Sicht ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die atypische Epicondylopathia, aufgrund welcher auch

Dr. B.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit in der Postsortierung im Begutachtungszeitpunkt als nicht arbeitsfähig erachtete. Der Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit ist jedoch entgegen der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ nicht auf den 11. April 2011 zu datieren, sondern viel mehr auf den hausärztlich attestierten Beginn der Arbeitsunfähigkeit per

18. Oktober 2010 (Urk. 23/10/4), findet doch die Begründung von Dr. B.\_\_\_\_, wonach die vorab attestierte Arbeitsunfähigkeit behandlungsbedingt gewesen sei und einen therapeutischen Hintergrund aufgewiesen habe (vgl. Urk. 23/25/17), keine Bestätigung in den Akten.

Was die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ zur fehlenden Dauerhaftigkeit der Arbeitsunfähigkeit aufgrund guter Prognose bei adäquater Therapie anbelangt (Urk. 23/25/17), folgte die Beschwerdegegnerin dieser Argumentation noch im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), wich dann aber in der Beschwerdeantwort richtigerweise davon ab (Urk. 22 S. 2). Wenn nämlich ein medizinisches Gutachten die versicherte Person als arbeitsunfähig erklärt, aber gleichzeitig festhält, dass nach durchgeführter erfolgreicher (medizinischer) Eingliederung wie der eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, ist der Anspruch auf eine Rente für die zurückliegende Zeit so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte. Der gleiche Grundsatz hat auch hinsichtlich der Massnahmen der Selbsteingliederung zu gelten, so lange solche noch nicht durchgeführt sind und noch keine Aufforderung zur Mitwirkung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG erfolgt ist (Urteil des Bundesgerichts I 968/06 vom 10. September 2007 E. 4.3 mit Hinweisen).

Keine grundsätzlichen Zweifel rechtfertigen sich dagegen an der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch

Dr. B.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer optimal dem Leiden angepassten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitive Arbeitsverrichtungen mit statischen und dynamischen Anteilen, mithin ohne einseitige, von der Ruhestellung stark abweichende Haltung der rechten oberen Extremität und ohne kurzzyklische, immer wiederkehrende Bewegungsabläufe unter hohem Kraftaufwand, insbesondere ohne häufige Rotationsbewegungen des rechten Armes beziehungsweise der rechten Hand zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 23/15/37).

### **E. 4.3.1**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche, wie auch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F54.41), welche Diagnose unter die somatoformen Schmerzstörungen fällt (BGE 137 V 64 E. 4.1; Urteil 8C\_381/2012 vom 20. Juni 2012 E. 4.2.1), 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, Intensität, Ausprägung und Dauer.

Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener 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“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative 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, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Ins besondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

### **E. 4.3.2**

Sämtliche beteiligten psychiatrischen Fachpersonen sprachen sich für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung im Sinne von ICD-10 F 45.4 aus. Ob es sich um eine

anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne von ICD- 10 F45.40 (so Dr. C. \_\_\_ in Urk. 23/21/15) oder eine chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 (so med. pract .

A. \_\_\_ in Urk. 23/25/29 und wohl auch die D. \_\_\_ in Urk. 11/4) handelt, kann angesichts oben zitierter Rechtsprechung (E. 4.3.1), unter welche beide Varianten der somatoformen Schmerzstörung zu subsumieren sind, offen bleiben.

Ausgehend von dieser Diagnose stellt sich aufgrund der Aktenlage zunächst die Frage nach einer psychische n

Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, welche – die nur in Ausnahmefällen – anzunehmende Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung rechtfertigt.

### **E. 4.3.3**

Was zunächst die Beurteilung des depressiven Geschehens durch med. pract .

A. \_\_\_ anbelangt, ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen, dass diese den höchststrichterlichen Anforderungen an den Bew eiswert eines Gutachtens (E. 1.3 ) nicht genügt . Als u nzulänglich erweisen sich aufgrund der Aktenlage unter anderem die Ausführungen zur angeblichen Malcompliance im Zusammenhang mit der Einnahme des Antidepressivums Citalopram ( Urk. 23/25/32), wurde doch die Beschwerdeführerin seit Beginn der Behandlung bei Dr. C. \_\_\_ mit Fluoxetin behandelt (vgl. Urk. 23/32/1). Trotz entsprechender Aktenkenntnis (vgl. Urk. 23/25/32) verzichtete med. pract .

A. \_\_\_ auf eine diesbezügliche fremdanamnestische Auskunft bei Dr. C. \_\_\_ und schloss in letztlich aktenwid riger Weise auf eine Malcompliance . Ebenso

wenig durch die Akten gestützt wird ihre Schlussfolgerung, wonach Dr. G. \_\_\_ per April 2011 eine „Verbesserung des psychischen Zustandes“ beschrieben habe und deshalb das Antidepressivum Citalopram

wieder abgesetzt habe (vgl. Urk. 23/25/32 f.). Dr. G. \_\_\_ schrieb die Beschwerdeführerin ab 11. April 2011 wegen Exacerbation der Schmerzen selbst in einer leichtesten körperlichen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ( Urk. 23/18/5) und das Antidepressiva setzte er gemäss von Dr. E. \_\_\_ eingeholter fremdanamnestischer Auskunft vom 18. Dezember 2012 ab , weil sich der Zustand unter der Medikamenteneinnahme nicht deutlich verbessert habe ( Urk. 33 Ziff. 3.3).

Des Weiteren erscheinen mehrere Aspekte im Rahmen der Beurteilung einseitig zu Ungunsten der Beschwerdeführerin interpretiert respekti ve ausser Acht ge lassen. So bezog med. pract .

A. \_\_\_ weder die

von der Beschwerdeführerin geschilderten ( Urk. 23/25/26) Suizidgedanken /-versuche

in nachvollziehbarer Weise in die Beurteilung der Depressivität und deren Verlauf mit ein, noch die Bedrohung seitens des Ehemannes und deren Folgen auf die psychische Gesundheit . Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Warmwasserduschen gegen die Schmerzen in Armen und Rücken ( Urk. 23/25/25) interpretierte med. pract .

A.\_\_\_\_ als genussvolles Baden, den Fernsehkonsum und die Zeitungslektüre als Interesse für das Weltgeschehen und schloss daraus in unzulänglicher Weise auf das Fehlen eines generellen Interesse- und Freudverlustes ( Urk. 23/25/31). Auch ihre Interpretationen der Schlafstörungen als rein schmerzbedingt und der Zukunftssorgen als nicht sehr pessimistisch ( Urk. 23/25/31) sind angesichts der systemanamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin ( Urk. 23/25/25) schwer nachvollziehbar. Damit drängen sich auch erhebliche Zweifel an der Beurteilung der depressiven Items als bloße Begleiterscheinung der Schmerzstörung auf; zusammengefasst erweist sich das psychiatrische Teilgutachten von med. pract .

A.\_\_\_\_ infolgedessen als nicht beweistauglich und unvollständig.

Dr. C.\_\_\_\_ und die zuständigen ärztlichen Fachpersonen der D.\_\_\_\_ beurteilten die depressive Erkrankung am 5. September 2011 respektive 12. Juni 2012 als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ( Urk. 23/21/15 und 11/4). Mittelgradige depressive Episoden stellen in der Regel keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden (SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171, Urteile des Bundesgerichts 8C\_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.2 mit Hinweisen, 8C\_581/2013 vom 10. Dezember 2013 E. 4.2). Leichte bis höchstens mittel schwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angebar (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, Urteile 9C\_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C\_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1). So gingen denn auch Dr. C.\_\_\_\_ und die Ärzte der D.\_\_\_\_ von noch nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten aus ( Urk. 23/21 S. 2, 11/4 S. 3). Auch ist den Akten unverkennbar zu entnehmen, dass mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren als im Grundsatz invaliditätsfremde, vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtliche Gesichtspunkte (vgl. obige E. 1.2) für das Beschwerdebild mitverantwortlich sind.

Dennoch drängen sich Zweifel an der Überwindbarkeit der Schmerzstörung auf, sind doch den Akten Hinweise auf eine mehr als leichte bis höchstens mittel schwere depressive Erkrankung zu entnehmen. Abgesehen vom Umstand, dass Dr. C.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin in seit 26. Mai 2011 als zu 100 % arbeitsunfähig erachtet, was zwar nicht ausschlaggebend, aber doch mit zu berücksichtigen ist, wies das in der D.\_\_\_\_ bei Eintritt am 20. Mai 2012 durchgeführte Testverfahren in Form des Hospital Anxiety

and Depression Scale (HADS) einen Depressionswert von 15 auf, was bereits im Bereich der schweren Depression liegt (vgl. unter anderem unter: [www.abiebr.com/node/410](http://www.abiebr.com/node/410) ). Die in der D.\_\_\_\_ verordnete erhebliche Austrittsmedikation von 60 mg Fluoxetin und 100 mg Trittico sowie die besprochene teilstationäre Anschlusslösung ( Urk. 11/4/3) weisen ebenfalls auf eine massgebliche depressive Komponente und eine allenfalls relevante Einschränkung hin. Hinzu kommt, dass Dr. E.\_\_\_\_ im November 2012 eine schwere depressive Episode diagnostizierte ( Urk. 33 Ziff. 5.1), auch wenn dies auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheides vom 11. Mai 2012 keine unmittelbaren Rückschlüsse zulässt (vgl. obige E. 4.1) . Art und Schwere der depressiven Störung bleiben daher auch unter Berücksichtigung der übrigen Aktenlage abklärungsbedürftig.

Was die von Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung anbelangt, drängen sich mit Blick auf die Rechtsprechung und die klinisch-diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 F43.1 Zweifel an ihrer Beurteilung auf, folgt doch die Störung dem Trauma mit einer Latenz von selten mehr als sechs Monaten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_242/2007 vom 20. Februar 2008 E. 2.3.3 und I 750/2006 vom 22. August 2007 E. 3.2.1). Zwar ist ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführer in aufgrund ihrer Kindheit in ärmerlichen Verhältnissen in der J. \_\_\_ mit Heimerfahrung sowie als Angehörige der alevitischen Minderheit Geschehnissen ausgesetzt war, die für sie eine aussergewöhnliche Bedrohung darstellten. Auch ist möglich, dass dadurch eine erhöhte psychische Vulnerabilität eingetreten ist.

Konstruiert erscheint aber die Argumentation, wonach die Thyreoidektomie im Jahr 2002, welche als eigentliche Kastration und neuerliches Verlustereignis erlebt worden sei, die Traumatisierungen Jahrzehnte später wiederaufleben habe lassen (vgl. Urk. 33 insbesondere Ziff. 5.3). Nichts desto trotz

bleibt die Frage nach einer PTBS im Raum, thematisierte doch auch Dr. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 5. September 2011 die allfällige Relevanz traumatischer Erfahrungen in der Ehe (Urk. 23/21/16), welche gemäss Aktenlage in den Jahren 2006/2007 gar in der Bedrohung mit einer Waffe gipfelten (Urk. 23/25/23 f., 33 Ziff. 3.1)

Das eingeholte psychiatrische Verwaltungsgutachten erweist sich auch diesbezüglich als unvollständig, beschränkte sich doch med. pract. A. \_\_\_ im Rahmen der Beurteilung auf eine Wiederholung der anamnestischen Schilderungen der Beschwerdeführerin, ohne sich in nachvollziehbarer Weise mit den Traumatisierungen auseinanderzusetzen (Urk. 23/25/37 ff.).

Zusammengefasst lässt sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die Akten nicht abschliessend beurteilen. Die Sache ist im Sinne des Subventualantrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die Beschwerdeführerin neuerlich psychiatrisch begutachten lässt, um die relevanten offenen Fragen zu Art und Ausmass einer allfälligen depressiven Störung und einer PTBS zu klären. Dabei wird sie den rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung gemäss BGE 137 V 210 und BGE 139 V 349 Rechnung zu tragen haben.

Sollten die ergänzenden Abklärungen zum Schluss führen, dass die Beschwerdeführerin über eine relevante Restarbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit verfügt, wird die Beschwerdegegnerin neben der Durchführung einer bis anhin unterbliebenen Invaliditätsbemessung mit rechtskonformem Einkommensvergleich berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen haben.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

## **E. 5**

Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten über die medizinisch zumutbare

Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin anzuordnen.

### **E. 5.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 1. Mai 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Karl Kümin - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gasser Küffer

### **E. 6**

Subeventualiter sei das Verfahren an die Beschwerdegegnerin

zurück zu weisen, damit  
diese nach weiteren Abklärungen über den  
Rechtsanspruch und die Eingliederungsmassnahmen verfüge.

#### **E. 7**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerde -

gegnerin . “ Das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2012 ( Urk. 33) liess die Beschwerdeführerin am 31. Dezember 2012 einreichen ( Urk. 31). Mit der Duplik vom 5. Februar 2013 nahm die Beschwerdegegnerin dazu Stellung und hielt an ihrem Antrag auf Abweisung fest ( Urk. 35). Die Stellungnahme der Beschwerdeführerin dazu datiert vom 4. März 2013 ( Urk. 38). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 25. März 2013 auf Weiterungen ( Urk. 41). Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Stellungnahmen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 12**

E. 3.2 mit Hinweis ).

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