

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00624 vom 24. September 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00624](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00624)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00624 du 24 septembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00624 del 24 settembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1983, ausgebildete Pflegeassistentin, meldete sich im Februar 2006 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufsberatung, Umschulung, Wiedereinschulung, Arbeitsvermittlung) an (Urk. 14/2). Nach Durchführung der erwerblichen und medizinischen Abklärungen verfügte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich am 8. Januar 2007, es bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 14/23). Die dagegen von der Versicherten, damals vertreten durch die Y.\_\_\_\_, am 6. Februar 2007 erhobene Beschwerde wurde vom Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 4. Juni 2008 abgewiesen (Urk. 1

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

#### **E. 1.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 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 gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ( Art.

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.5**

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 abstellt (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, gegebenenfalls 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.).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 2.

#### **2.1**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 2.2

Das Sozialversicherungsgericht erkannte in seinem Urteil vom 4. Juni 2008 (E.

5), aufgrund der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8.

Januar 2007 massgebenden Aktenlage sei in der bisherigen (oder einer ander weitigen angepassten) Tätigkeit eine relevante Arbeitsunfähigkeit weder aus somatischen noch aus psychischen Gründen ausgewiesen. Diese rechtskräftige Beurteilung ist für das vorliegende Verfahren verbindlich

und es kann hier auf verwiesen werden .

In somatischer Hinsicht wurde damals übereinstimmend eine Wirbelsäulenfehlhaltung und Haltungsinsuffizienz bei leichter Chondrose der Bandscheiben C4/5 und C5/6 ohne Nachweis einer Diskushernie festgestellt, wobei die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass ( belastungsabhängige Schmerzen im Nacken, in der oberen Brustwirbelsäule und im Schultergürtelbereich, welche gelegentlich in Kopf und Beine ausstrahlen, Schwindel beim Bücken) durch die objektiven Befunde nicht erklärt werden konnten, weshalb eine fibromyalgieforme Symptomausweitung mit vegetativer Begleitsymptomatik resp. ein Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung diskutiert wurden, ein psychisches Leiden mit Krankheitswert jedoch verneint wurde. Eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit war nicht ausgewiesen (vgl. Urteil IV.2007.00207 vom 4. Juni 2008, E. 4.3.1, E. 4.3.4 und E. 4.4). Im Folgenden bleibt daher zu prüfen, ob seither in gesundheitlicher Hinsicht eine massgebliche Änderung eingetreten ist, was gegebenenfalls nunmehr einen Rentenanspruch zu begründen vermöchte. Seit der letzten Beurteilung liegen neu folgende medizinische Akten vor: 3. 3.1

In einem Gutachten

zuhanden der Beamtenversicherungskasse des Kantons Zürich vom 13. April 2007 ( Urk. 14/33/6-16) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_ , Innere Medizin und Tropenkrankheiten FMH , folgende Diagnosen: - chronisches linksbetontes cervico - und thorakospondylogenes

Schmerzsyndrom , bei - Wirbelsäulenfehlhaltung (vor allem Hyperkyphose der BWS), Haltungs-Insuffizienz und leichter (im MRI nachgewiesener) Chondrose der Bandscheiben C4/5 und C5/6 (ohne Diskushernie) ;

- vegetative Begleitsymptomatik, Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung ( somatoforme Schmerzstörung) ; - unklare Schwellung des linken Oberarms (abklärungsbedürftig) bei Links händlerin .

In ihrer Beurteilung führte die Gutachterin aus, im Rahmen der vertrauensärztlichen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sich ihre Nacken- und Schulterbeschwerden seit dem Winter 2005/06 praktisch nicht verändert hätten. Sie schlucke täglich mehrere Analgetika. Von Januar bis Oktober 2006 habe sie eine Schwangerschaft durchgemacht und ein gesundes Mädchen geboren. In dieser Zeit seien die Schmerzen unverändert gewesen. Seit der Geburt des Kindes hätten die Schmerzen speziell im linken Nacken-/Schulterbereich (bei seitlich erhobenem Arm) tendenziell zugenommen wegen der Pflege des Kindes. Bei den Haushaltsarbeiten werde sie jedoch von ihrem Ehemann tatkräftig unterstützt. Im Rahmen der Untersuchung seien das cervico - und thorakale Schmerzsyndrom mit Haltungsinsuffizienz sowie die eingeschränkte Beweglichkeit im linken Schultergelenk bestätigt worden. Da die Schmerzen seit Monaten persistierten, seien längerfristig auch psychische Auswirkungen nicht auszuschliessen. Auffallend sei eine leichte Schwellung des linken Oberarms gewesen und weiter auch eine verstärkte Venenzeichnung am linken Arm, die weiterer Abklärung bedürfe (die Beschwer

deführerin sei Linkshänderin). 3 .2

Dr. med. S.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Innere Medizin, Gefässkrankheiten, Bein leiden SGP, hielt in seinem Bericht vom 1 1. April 2007 fest, bei der Beschwerdeführerin finde sich phlebographisch ein venöses Thoracic outlet Syndrom links. Es erkläre die belastungsabhängig auftretenden Stauungsbeschwerden im Sinne eines Schwellungs- und Berstungs- und Schweregefühls sowie die Müdigkeit. Ebenfalls erklären liessen sich die gelegentliche Armschwellung und die Prominenz der Venen. Die vom Hals her ausstrahlenden ziehenden Schmerzen seien allerdings kaum auf die intermittierenden Venenkompressionen zurückzuführen . Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund des venösen Thoracic outlet Syndrom sei nicht anzunehmen ( Urk. 14/33/19). 3 .3

Dr. T.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, erwähnte in seinem Bericht vom 1 8. April 2007 die Diagnose Haltungsanomalie der Wirbelsäule (Rund-/ Hohl rücken ) mit chronischen Schmerzen, mit zusätzlich en Reizsymptomen im Schulter- und Armbereich links, wahrscheinlich cerviko-radikulär , ohne Hin weise für eine relevante Wurzelläsion oder ein neurogenes Engpass-Syndrom im Schultergürtelbereich. Die neurologische Untersuchung habe normale Befunde mit insbesondere normalem EMG ergeben. Es bestünden somit keine Hinweise für eine relevante Läsion einer cervikalen Wurzel oder eines peripher-neurologischen Engpass-Syndroms im Bereiche des linken Schultergürtels ( Urk. 14/33/21-22). 3 . 4

Dr. Q.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, nannte in seinem Bericht vom 2 4. April 2010 als Diagnose ein chronisches cervico-spondylogenes

Schmerzsyndrom mit Reizsymptomen links ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer cervicalen Wurzel. Die Arbeitsfähigkeit lasse sich erst nach Abklärung des Verdachtsbefundes Thoracic outlet Syndrom (TOS) links bestimmen ( Urk. 14/43). 3.5

Dr. Z.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Innere Medizin, gab in seinem Bericht vom 3. Mai 2010 folgende Diagnosen an: - chronisches cervicospondylogenes

Reizsyndrom links - ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer cervikalen Wurzel ; - degenerative Veränderungen der HWS (MRI 22.12.10), Chondrose C4/5, C5/6, diskret C6/7, ohne Nervenwurzel- oder Myelonkompression ; - venöses Thoracic outlet -Syndrom links, bei - langstreckiger Stenose der V. axillaris ; - chronische m

Ödem des linken Unterarms .

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist dem Bericht zu entnehmen, der Beschwerdeführerin sei die Arbeit als Geriatriepflegerin nicht mehr zumutbar. Eine körperlich nicht belastende Tätigkeit könne sie halbtags ausführen ( Urk. 14/47 /1-2 ). 3 . 6

Dr. O.\_\_\_\_ , FMH für Angiologie und Innere Medizin , gab in ihrem Bericht vom 1. März 2010 als Diagnosen an: - Venöses Thoracic - inlet - Syndrom links bei - langstreckiger Stenose der V. axillaris auch in Ruhestellung; - chronische m Ödem des linken Unterarms; - vermehrte r subkutane r Venenzeichnung; - Ausschluss eines arteriellen Thoracic - outlet - Syndroms; - anamnestisch chronisch rezidivierendes cervico - und thoracospondylogenes Schmerzsyndrom links.

In ihrer Beurteilung hält Dr. O.\_\_\_\_ fest, bei der Beschwerdeführerin finde sich klinisch ein chronisches Phlebödem der linken und oberen Extremität mit Betonung am Unterarm.

Gleichzeitig bestehe am Oberarm wie auch am Unterarm eine vermehrte subkutane Venenzeichnung. Phlebographisch sei eine langstreckige Stenose der V. axillaris in Vertikalstellung auszumachen, also parallel zur Körperlinie. Bei Elevation erweitere sich die Vene. Eine Kompression der V. subclavia sei nicht festzustellen gewesen. Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik bleibe weiterhin unklar, ob dieses venöse Inlet-Syndrom für die von der Beschwerdeführerin empfundenen Beschwerden verantwortlich sei (Urk. 14/47/4-6). 3.7

Die Magnetresonanz (MR)-Abklärung im Spital P.\_\_\_\_ vom 9. März 2010 ergab weder Hinweis auf ein

Thoracic - inlet -Syndrom links ,

noch den Nachweis einer relevanten Stenose, weder in Ruhe noch bei elevierten Armen , und keine raumfordernden Prozesse im Bereich der oberen Thoraxapertur (Urk. 14/47/10). 3.8

Das J.\_\_\_\_ (Dr. K.\_\_\_\_ /Dr. L.\_\_\_\_ ) führte in seinem Bericht vom 20. April 2010 aus, seit dem 8. Januar 2007 sei bei der Beschwerdeführerin eine Verschlechterung eingetreten. Aktuell sei zusätzlich zur Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Episode auszumachen. Die richtige Diagnose laute daher 2010 wie folgt: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1); - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4); - chronisches cervico-spondylogenes Schmerzsyndrom, mit/bei - Reizsymptomen C6 links ohne Hinweise auf eine relevante Läsion einer zervikalen Wurzel (Diagnose Dr. Z.\_\_\_\_ , Facharzt Innere Medizin, vom 26. Februar 2010); - leichte Chondrose C4/5 und C5/6, aber ohne Diskushernie (Diagnose Dr. M.\_\_\_\_ , Fachärztin Innere Medizin vom 22.12.05); - Fibromyalgieforme Ausweitung und vegetative Begleitsymptomatik (Diagnose N.\_\_\_\_ vom 01.12.05); - Kompression der Vena

axillaris links (Diagnose Dr. Z.\_\_\_\_ , Facharzt Innere Medizin vom 26.02.10, in Abklärung bei Dr. O.\_\_\_\_ , Gefässmedizin );

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist dem Arztbericht zu entnehmen, subjektiv sei die Beschwerdeführerin für die Arbeit als Pflegeassistentin und in der Produktion zu 100 % und in angepasster Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Im Haushalt sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 14/40/1-3). 3.9

In seinem Bericht vom 19. Oktober 2010 führte Dr. Q.\_\_\_\_ als neue Diagnose den Verdacht auf ein TOS links auf. Bei bekanntem chronischen cervico-spondylogenen Schmerzsyndrom mit Reizsymptomen links habe die neurologische Untersuchung Hinweise auf eine früher durchgemachte Schädigung der Wurzel C6 links ergeben, ohne Hinweise für eine frische Läsion (Denervationszeichen). Die benachbarten Leitmuskeln der Segmente C5 und C7 links seien im EMG unauffällig. Die zusätzlich durchgeführte Medianusneurographie sei ebenfalls normal gewesen. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 14/60). 3.10

3.10.1

Das

A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Juni 2011 stellt folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M53.1) -

Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur; - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik; - radiologisch unauffälliger Befund; - kernspintomographisch 2/2010 unauffälliger Befund; - klinisch mässiggradiges venöses Schultergürtelkompressions-Syndrom ( Thoracic inlet Syndrom ) links (ICD-10 G54.0); - Duplexsonographisch und phlebographisch Ausschluss eines post thrombotischen Syndroms; - MR- phlebographisch (MR-Zentrum P.\_\_\_\_ 10.3.2010) kein Nachweis eines Thoracic

inlet oder outlet Syndroms; - Phlebographisch April 2007 Thoracic - inlet -Syndrom nur in Funktionsstellung (Elevation und Retraktion) - Arm- Phlebographie links 26.2.2010 Stenose der V. axillaris in Ruhestellung (?); - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0).

Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte das A.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auf ( Urk. 14/74/23) . 3 .10.2

In seiner Gesamtbeurteilung hält das A.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der durchgeführten Untersuchungen über Schmerzen und muskuläre Verspannungen im Schulter-Nackengebiet links mit Ausstrahlung in den Kopf , über Kopfschmerzen, sowie Ausstrahlungen in den linken Arm geklagt, welcher insbesondere bei körperlichen Belastungen anschwellen würde. An objektivierbaren schmerzauslösenden Befunden seien Dysbalancen in der Schultergürtel muskulatur sowie ein mässiggradiges venöses Schultergürtelkompressionssyndrom links festzustellen gewesen. Hierdurch erkläre sich jedoch nicht das gesamte geklagte Schmerzausmass . Als Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei bei der psychiatrischen Untersuchung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Diese werde durch die gleichzeitig bestehende leichte depressive Episode verstärkend beeinflusst. Aufgrund dieser psychischen Komorbidität sei die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit um 10 % vermindert. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei die Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig . Die angestammte Tätigkeit einer Pflegeassistentin wäre ihr vollschichtig zumutbar. Aus angiologischer Sicht seien häufige Arbeiten über Kopf und körperlich schwer belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für abwechslungsreiche leichtere Tätigkeiten , wie die der Pflegeassistentin, bestehe aus angiologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemein-interneistischer Sicht hätten keine die Arbeitsfähigkeit einschränken den Diagnosen gestellt werden können. Zusammengefasst sei die Beschwerde führerin aus poly disziplinärer Sicht für leichte bis mittelschwere, wechsel belastende Tätigkeiten zu 90 % arbeits- und leistungsfähig, vollschichtig realisierbar mit leicht reduziertem Rendement. Die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin sei der Beschwerdeführerin zu einem 90%-Pensum zumutbar. Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit betreffe, sei aufgrund der anamnestischen Angaben, der eigenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit im dargelegten Ausmass mindestens seit der aktuellen gutachterlichen Untersuchung bestehe. In Bezug auf das Jahr 2010 könne zwischenzeitlich auch von einer etwas höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden aufgrund der damals im I.\_\_\_\_ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Eine längerdauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit lasse sich daraus jedoch nicht ableiten. Aus somatischer Sicht gebe es keine Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit seit Beginn der Krankenschreibung im Dezember 2005 längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei ( Urk. 14/74/24-25). 3 .10.3

## Der psychiatrische Gutachter

Dr. B. \_\_\_ führte im Zusammenhang mit den psychopathologischen Befunden aus, der affektive Kontakt sei gut herstellbar, die Stimmung jedoch depressiv gewesen. Die Beschwerdeführerin habe erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen mit frühmorgentlichem Erwachen angege ben. Hinweise auf Suizidalität hätten nicht bestanden und eine Zirkadianität sei nicht ausgeprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Ebenso sei eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Auffassung und des Gedächtnisses zu verneinen gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen vorgelegen. In seiner Beurteilung erläuterte der Gutachter, bei der Beschwerdeführerin lasse sich das Ausmass der Schmerzen und die Überzeugung, wegen Krankheit nicht mehr arbeiten zu können, nicht durch die erhobenen somatischen Befunde objektivieren. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren mit einem Migrationshintergrund, einer mehrjährigen als von ihr körperlich anstrengend empfundenen Berufstätigkeit mit Doppelbelastung infolge der zusätzlichen Aufgaben als Hausfrau und Mutter. Im Jahr 2006 habe die Beschwerdeführerin eine Tochter geboren. In der Folge habe sie nicht mehr gearbeitet. Als weiterer psychosozialer Belastungsfaktor bestehe eine angespannte finanzielle Situation, da der Ehemann nach einem Unfall ebenfalls krank sei und Suva-Leistungen beziehe. Der Vater der Beschwerdeführerin erhalte ebenfalls seit Jahren eine IV-Rente nach einem erlittenen Unfall. Belastungsfaktoren mit einer deutlichen Relevanz, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken wie zerrüttete Familien verhältnisse in der Kindheit bestünden nicht. Die psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren drückten sich auch in den Schmerzen aus. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Zusätzlich bestehe eine leichte depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörung und Schlafstörungen mit frühmorgentlichem Erwachen. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, sei diese aus psychiatrischer Sicht um 10 % eingeschränkt. Ursache sei die depressive Störung. Eine schwere psychische Störung sei jedoch nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal und leide nicht unter deutlichen Konzentrationsstörungen. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden, ein primärer Krankheitsgewinn sei somit nicht ausgewiesen. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge, aufgrund derer die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten, bestünden nicht. Daher könne es der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 90 % nachzugehen ( Urk. 14/74/ 13-14 ). 3 .10.4

## Die rheumatologische Gutachterin

Dr. C. \_\_\_ führt e in ihrer Beurteilung aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit über acht Jahren ein chronisches zervi kospondylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachial gien links bei Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur. Bei der aktuellen Untersuchung f ä n d e n sich eine leichtgradige Einschränkung der HWS Rotation nach links sowie Triggerpunkte im Bereich des Musculus

trapezius links sowie am Ansatz des Musculus

levator

scapulae links. Es imponiere eine muskuläre Haltungsinsuffizienz mit vermehrter BWS-Kyphose und kompensatorischer HWS- und LWS-Hyperlordose. Klinische Hinweiszeichen für eine radikuläre oder eine Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln fänden sich nicht. Dies korreliere gut mit den Befunden der mehrfach zwischen Mai 2005 und Februar 2010 durchgeführten Computertomographien und Kernspintomographien der HWS, bei denen keine Diskushernie nachgewiesen worden sei. Es hätten sich lediglich leichte Chondrosen C4-C6 gezeigt, die einen altersentsprechenden Befund dargestellt hätten. Radiologisch präsentiere sich auf den mehrfach durchgeführten Röntgenaufnahmen der HWS einschliesslich Funktionsaufnahmen, zuletzt im September 2010, ebenfalls ein unauffälliger Befund ohne Zeichen für Instabilität. Eine etwas betonte Beweglichkeit im Bereich C4/5 sei im Rahmen der konstitutionellen Bandlaxität zu sehen. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung sei keine eindeutige Umfangsvermehrung des linken Arms gegenüber rechts feststellbar gewesen. Da die Explorandin Linkshänderin sei, sei die diskrete Umfangsvermehrung von einem Zentimeter im Ober- und Unterarm links gegenüber rechts am ehesten physiologisch bedingt. Zeichen für ein Thoracic - outlet - Syndrom fänden sich keine. Zusammenfassend bestehe für die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen von Seiten des Bewegungsapparats her nur zu einem geringen Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Inwieweit diese Diskrepanz psychische Ursachen habe, müsse psychiatrischerseits geklärt werden. Aus rheumatologischer Sicht sei die Explorandin zu 100 % arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Pflegeassistentin im Psychiatriezentrum G.\_\_\_\_ entspreche dem zumutbaren Leistungsprofil und wäre der Beschwerdeführerin vollschichtig zumutbar ( Urk. 14/74/19-20). 3.10.5

#### Der angiologische Gutachter

Dr. D.\_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Zervikobrachialsyndrom, welches die hauptsächlichsten Beschwerden sicher erkläre. Da die Beschwerdeführerin indes anamnestisch über eine belastungsabhängige Schwellung im Bereich des Oberarms berichtet, sei zusätzlich eine angiologische Abklärung durchgeführt worden. In allen angiologischen Untersuchungen habe ein vaskuläres Thoracic - outlet - Syndrom ausgeschlossen werden können. Ebenfalls hätten sich keine Hinweise auf ein neurologisches Thoracic - outlet - Syndrom bei den neurologischen Abklärungen gefunden. Uneinheitlicher seien die Befunde im Hinblick auf ein venöses Kompressionssyndrom im Bereich der Schulterregion. Eindeutig hätten ein

Subclavia - oder Schulter-Armvenenthrombose und ein postthrombotisches Syndrom ausgeschlossen werden können. Phlebographisch habe sich einmal eine venöse Kompression nur in Funktionstellung gezeigt (2007 Dr. H.\_\_\_\_), einmal eine unklare Stenose im Bereich der V. axillaris in Ruhestellung, welche aber MR- phlebographisch nicht bestätigt werden können. Im Rahmen der duplexsonographischen Untersuchung in Ruhe sei keine relevante Venenstenose feststellbar gewesen. Zwar sei eine funktionelle Einengung in Elevation auszu machen gewesen, jedoch komme dies häufig vor. Die vermehrte Venenzeichnung und die von der Beschwerdeführerin berichtete Schwellungsneigung könne sicher zum Teil durch einen verminderten venösen Abfluss erklärt werden. Allerdings sei hier auch eine funktionelle Symptomatik bei Verspannungen im Bereich der Schultergürtelmuskulatur möglich. Die Schwellungsneigung betreffe vorwiegend den Oberarm, die Beschwerdeführerin habe in all den Jahren ihren Ehering

tragen können, was bei einer ausgeprägten Fingerschwellung wohl nicht möglich gewesen wäre. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, seien sicherlich häufiges Arbeiten über Kopf und körperlich belastende Tätigkeiten mit dem Tragen schwerer Lasten ungünstig. Für eine abwechslungsreiche leichtere Tätigkeit wie die der Pflegeassistentin bestehe aus arbeitsmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 14/74/22-23). 3 .11

In seinem Bericht vom 7. September 2011 legte Dr. Z.\_\_\_\_ dar, er halte die Beschwerdeführerin in ihrer ursprünglichen Tätigkeit als Gerontopsychiatrie pflegerin nach wie vor als voll arbeitsunfähig, auch wenn

Dr. E.\_\_\_\_ für ihren Entscheid vom 13. April 2007 mehrfach getadelt werde im A.\_\_\_\_-Gutachten. Die Beschwerdeführerin habe nun seit Mai 2011 eine 50 %-Stelle in einem Wohnheim der Klinik F.\_\_\_\_. Diese Arbeit sei körperlich deutlich weniger schwer als früher im Psychiazentrum G.\_\_\_\_, da sie vorwiegend aus Betreuungs- und weniger aus Pflegearbeit bestehe. Laut Beurteilung des I.\_\_\_\_ im Oktober 2010 bestehe eine mittelgradige depressive Episode. Zusätzlich zu den Schmerzen sei die Beschwerdeführerin durch die vierjährige Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns nach Knieverletzung stark belastet, so dass kurzfristig das Arbeitspensum nicht über 50 % gesteigert werden könne. Was die im A.\_\_\_\_-Gutachten dargelegten Veränderungen an der Wirbelsäule betreffe, seien diese nicht derart gravierend, dass aufgrund der körperlichen Befunde von einer dauernden Erwerbsunfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Arbeit auszugehen sei ( Urk. 14/81/10). 3 .12

Mit Eingabe vom 20. Juni 2012 liess die Beschwerdeführerin das J.\_\_\_\_ zum psychiatrischen Teil des A.\_\_\_\_-Gutachtens Stellung nehmen. Die behandelnden Ärzte führten als neue Diagnose eine Adipositas auf. Sodann wiesen sie darauf hin, die Beschwerden seien vom A.\_\_\_\_-Gutachter oberflächlich aufgenommen worden: Schmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit sei alles, was man erfahre. Der Rest der Beschwerdeaufnahme sei eine Mischung aus Tagesablauf, Finanzen und Behandlungen. Die Diagnose einer leichten Depression im A.\_\_\_\_-Gutachten basiere eindeutig auf einer ungenügenden Befragung und sei falsch. Des Weiteren entspreche der psychopathologische Befund nicht dem AMDP-System. Im Gutachten werde ausserdem behauptet, es liege eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung vor. Das sei falsch. Die Beschwerdeführerin bemühe sich zu arbeiten, dies alleine aus finanziellen Gründen, ihr Ehemann beziehe eine Suva-Rente von 10 %. Die Beschwerdeführerin sei froh um ihr aktuelles 50%iges Erwerbsum. Die kleine Tochter werde durch die Familie oder eine Nachbarin versorgt. Der Ehemann der Beschwerdeführerin berichte, dass sie Hausarbeiten mit Hilfe noch machen könne, verlangsamt, sie müsse immer wieder liegen, müsse sich nach der Arbeit auch lange ausruhen, werde rasch aggressiv. Nachts schlafe sie sehr unruhig, habe dann Schmerzen vor allem gegen den Morgen, werde dann aggressiv. In R.\_\_\_\_ sei die Situation nicht besser. Die Reise dorthin werde im Auto zurückgelegt; dadurch seien viele individuelle Pausen und Lagewechsel möglich, doch müsse die Beschwerdeführerin Schmerzmittel einnehmen. In der Folge würden 2-3 Tage lang deutlich vermehrte Schmerzen auftreten. Selber fahre die Beschwerdeführerin nur noch kurze Strecken Auto. Gesamthaft sei bei der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben nach entsprechender Umschulung in eine angepasste Tätigkeit. Im Haushalt bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8) . 4 .

Die Beschwerdegegnerin stütze ihren ablehnenden Rentenbescheid auf das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Juni 2011. Im Folgenden ist zu prüfen, ob bzw. in wieweit auf dieses

Gutachten abgestellt werden kann. 4 .1

Was das angiologische Teilgutachten betrifft, beruh t

diese s auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Für die Zuverlässigkeit der gut achterlichen Beurteilung spricht einerseits, dass die Diagnosestellung mit jener der behandelnden Ärzte übereinstimmt. Dr. S.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht (E.

3.2) zwar ein Thoracic - outlet - Syndrom als Diagnose aufgeführt, jedoch sei nach Ausführungen des A.\_\_\_\_ -Gutachters damit eigentlich ein Thoracic - inlet - Syndrom gemeint gewesen . Andererseits ist zu beachten , dass von Seiten der beiden Angiologen

Dr. S.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ (E. 3.7) eine Arbeits un fähigkeit im Zusammenhang mit dem Thoracic - inlet - Syndrom ebenfalls nicht dokumen tiert wurde .

Im Übrigen werden die Erkenntnisse des angiologischen

Teilgut achtens auch von Seiten der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Im Ergebnis ist die Beschwerdeführerin aus angiologischer Sicht als voll arbeits fähig zu qualifizieren . 4 .2

Was die Beurteilung der rheumatologischen Gutachterin Dr. C.\_\_\_\_ betrifft, hält die Beschwerdeführerin diese für nicht nachvollziehbar, dies ins besondere mit Blick auf die Einschätzungen von Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ . Die Gutachterin führte bezüglich der früheren ärztlichen Einschätzungen aus , die von Dr. Q.\_\_\_\_ am 2 4. April 2010 gestellte Diagnose eines chroni schen zervikospondylogenen Schmerzsyndroms ohne Hinweise für eine rele vante Läsion einer zervikalen Wurzel decke sich ebenso mit ihrer Auffassung, wie die Angabe, wonach die Beschwerden bezüglich des zervikalen Schmerzsyndroms neurologisch und bildgebend nicht hätten objektiviert wer den können. Die von Dr. Q.\_\_\_\_ am 1 9. Oktober 2010 attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten aufgrund des zervikozephalen Schmerzsyndroms mit Zervikobrachialgien links sei jedoch als zu niedrig anzusehen, denn auch von

Dr. Q.\_\_\_\_ seien keine objektiven Befunde erhoben worden, die eine derartige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würden. In Bezug auf das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 2 2. Dezember 2005 sei festzuhalten, dass die damals attes tierte Arbeitsun fähigkeit von 50 % als Pflegeassistentin angesichts der durch sie erhobenen ob jektiven Befunde als zu hoch an zusehen sei. Nicht gefolgt werden könne auch der Auffassung, wonach die Beschwerdeführerin längerfristig für den Beruf als Pflegeassistentin nicht geeignet sei. Die mit Folgegutachten vom 1 3. April 2007 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Pflegeassistentin seit November 2005 sowie die Annahme einer bloss teilweisen Arbeitsfähigkeit für körperlich wenig belastende Tätigkeiten sei ebenfalls angesichts der damals erhobenen objektiven Befunde nicht zu rechtfertigen. Vorliegend ist festzustel len, dass Dr. C.\_\_\_\_ sich mit den früheren Beurteilungen der behandelnden Ärzte ausführlich auseinandersetzt und schlüssig erklärt, weshalb diesen nicht gefolgt werden kann. Insoweit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegnerin der gut achterlichen Beurteilung Priorität beimass . Ohnehin ist festzu halten, dass sich die Einschätzungen der behandelnden Ärzte zur Arbeitsfähig keit auf die ursprüngliche Pfl egetätigkeit der Beschwerdeführerin beziehen, wel che offenbar auch schwerere körperliche Arbeiten zum Inhalt hatte. Dazu ist indes zu bemerken, dass das A.\_\_\_\_ einschränkend festgehalten hatte, für die Beschwer deführerin kämen nur leichte bis mittelschwere Pfl egetätigkeiten in Frage.

Im Übrigen ändert auch der zeitlich nach dem Gutachten ergangene Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_ vom 7. September 2011 an der Zuverlässigkeit der rheumatologischen Begutachtung nichts. Der Bericht enthält keine wesentlichen neuen medizinischen Tatsachen, vielmehr wird zu begründen versucht, weshalb in Bezug auf die Höhe der Arbeitsfähigkeit nicht dem A.\_\_\_\_, sondern den früheren ärztlichen Beurteilungen, namentlich jener von Dr. E.\_\_\_\_ und des J.\_\_\_\_, zu folgen sei. Seine Ausführungen vermögen jedoch nicht darzutun, inwieweit sich in rheumatologischer Hinsicht eine wesentliche Änderung seit der rechtskräftigen Abweisung des Rentenbegehrens (Verfügung vom 6. Februar 2007) ergeben hat, und sind daher zum vornherein nicht stichhaltig.

Davon abgesehen scheint auch Dr. Q.\_\_\_\_ in dem fraglichen Bericht eine Tätigkeit, wie sie vom A.\_\_\_\_ umschrieben wurde, nicht

auszuschließen, erklärte er doch ausdrücklich, die im Gutachten dargelegten Veränderungen an der Wirbelsäule seien nicht derart gravierend, dass aufgrund der körperlichen Befunde von einer dauernden Erwerbsunfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Arbeit auszugehen sei. Gesamthaft ist festzustellen, dass das rheumatologische Teilgutachten umfassend, differenziert und gut nachvollziehbar erscheint, weshalb für die Beurteilung des Rentenanspruchs vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. 4.3

In Bezug auf die Ergebnisse des psychiatrischen Teilgutachtens brachte die Beschwerdeführerin vor, es könne diesen mit Blick auf die Einschätzungen des J.\_\_\_\_ nicht gefolgt

werden. Dessen Bericht vom 20. Juli 2012 zeige auf, dass das A.\_\_\_\_ nur aufgrund einer mangelhaften Befragung zur Diagnose einer leichten Depression gelangt sei,

womit diese Diagnose falsch sei. Das J.\_\_\_\_

habe eine mittelgradige Depression nachgewiesen, welche eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bewirke. Entgegen diesen Behauptungen ist

festzustellen, dass der Vorwurf einer mangelhaften psychiatrischen Untersuchung durch das A.\_\_\_\_ nicht erstellt ist.

Ebenfalls finden sich keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Erhebung der psychopathologischen Befunde, diese werden vom Gutachter ausführlich und differenziert dargestellt.

Der Gutachter zeigt sodann auch plausibel auf, weshalb sich die Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit, wie sie vom J.\_\_\_\_ im Jahr 2010 attestiert wurde, nicht mehr rechtfertigen lasse. Namentlich sei es aufgrund der Behandlung und des natürlichen Heilungsverlaufs zu einer Besserung gekommen, so dass aktuell keine mittelgradige, sondern nur noch eine leichte depressive Episode anzunehmen sei. Im Ergebnis ist das psychiatrische Gutachten als für die streitigen Belange umfassend und somit als beweiskräftige Entscheidungsgrundlage zu qualifizieren. Gestützt auf die darin enthaltene Diagnose einer

leichtgradigen depressiven Episode ist damit für die Beurteilung des Rentenanspruchs von einer 10%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. 4.4

Zusammenfassend ist die Beschwerdeführerin gestützt auf das A.\_\_\_\_ - Gutachten in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit als zu 90% arbeitsfähig zu qualifizieren.

Da sich demzufolge aus psychiatrischer Sicht seit der letztmaligen Beurteilung (6. Februar 2007) eine Änderung in der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ergeben hat, sind davon ausgehend nachfolgend die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 5.5.1

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).

## 5.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte in der angefochtenen Verfügung das Valideneinkommen

gemäss den Erwägungen des Sozialversicherungsgerichts in dessen Urteil vom 4. Juni 2008. Demgemäss ging sie für das Jahr 2005 von einem Einkommen von Fr. 53'546.-- aus und passte dieses der Lohnentwicklung im Jahr 2011 an, so dass sich ein Betrag von Fr. 58'489.-- errechnete. Aufgrund der Akten ist diese Berechnungsweise nicht zu beanstanden bzw. besteht kein Anlass für eine Korrektur von Amtes wegen. 5.3

Was das Invalideneinkommen betrifft, ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2011 einer 50%igen Tätigkeit als Betreuerin im Wohnzentrum F.\_\_\_\_ nachgeht (Urk. 3/6). Damit verwertet sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht im zumutbaren Ausmass im Sinne von Art. 16 ATSG. Gemäss der Rechtsprechung ist deshalb auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamts für Statistik abzustellen (BGE 129 V 475 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Das A.\_\_\_\_ hielt fest, dass der Beschwerdeführerin eine leichte bis mittel schwere Tätigkeit auf ihrem angestammten Beruf als Pflegeassistentin

wenn auch mit einer Leistungseinbusse von 10% - vollschichtig zumutbar sei. Um dem zumutbaren Resterwerbspotenzial gerecht zu werden, erscheint daher das Abstellen auf den Tätigkeitsbereich "Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)" der Tabelle TA 1 Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt), Frauen, angemessen. Der monatliche Bruttolohn betrug im Jahr 2010 aufgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden Fr. 5'632.-- ( $(\text{Fr. } 5'415.-- / 40) \times 41,6$ ), was einen Jahreslohn von Fr. 67'579.-- ( $\text{Fr. } 5'632.-- \times 12$ ) ergibt. Zu berücksichtigen ist sodann die nominale Lohnentwicklung bis ins Jahr 2011 (Index Frauen 2010: 2579; Index Frauen 2011: 2604; vgl. die auf der Website des Bundesamtes für Statistik [www.bfs.admin.ch] unter der Rubrik "03 - Arbeit und Erwerb" und der Unter rubrik "Löhne, Erwerbseinkommen" publizierten Lohnentwicklungsdaten). Dies bezüglich ergibt sich ein Betrag von Fr. 68'234.--. Zufolge der 10%igen Leistungseinbusse reduziert sich das Einkommen auf Fr. 61'411.-- ( $\text{Fr. } 68'234.-- \times 0,9$ ). Von einer weiteren Kürzung des auf diese Weise bestimmten Invalideneinkommens in Form eines Leidensabzugs hat die

Beschwerdegegnerin in vertretbarer Weise abgesehen; der verminderten Belastbarkeit scheint mit der vorgegenommenen Arbeitsfähigkeitsschätzung bereits ausreichend Rechnung getragen. 5.4

Zusammenfassend ergibt sich aufgrund des Einkommensvergleichs, dass bei der Beschwerdeführerin trotz der verminderten Leistungsfähigkeit keine Invalidität besteht.

Ein Leistungsanspruch ist daher nicht ausgewiesen, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

#### 6.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Bedürftig im Sinne von Art. 64 BGG ist eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 225 E. 2.5.1 S. 232). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (BGE 108 V 265 E. 4 S. 269; vgl. Art. 64 Abs. 4 BGG). Bei der Beurteilung der Bedürftigkeit ist das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S.

195; 108 Ia

#### E. 4

Im Mai 2011 eine angiologische Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Angiologie. Das Gutachten wurde am 27. Juni 2011 erstattet (Urk. 14/74). Am 21. Juli 2011 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids und trat auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 14/76). Die Versicherte erhob daraufhin mit Eingabe vom 8. September 2011 Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht (Urk. 14/81/3-6). Die IV-Stelle stellte in ihrer Vernehmlassung vom 18. Oktober 2011 Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen und zur materiellen Prüfung des Leistungsbegehrens (Urk. 14/84), woraufhin das Sozialversicherungsgericht die angefochtene Verfügung mit Urteil vom

9. November 2011 aufhob und die Sache zur neuerlichen Prüfung an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 14/85; Prozess Nr. IV.2011.00936). 3.

#### 3.1

Mit Vorbescheid vom 15. März 2012 teilte die IV-Stelle mit, es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 14/94). Die Versicherte erhob am 16. April 2012 Einwand und beantragte die Ausrichtung einer halben Invalidenrente (Urk. 14/96). Am 9. Mai 2012 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids und wies das Leistungsbegehren ab (Urk. 14/100). 3.2

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 11. Juni 2012 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben; es sei ihr eine ganze IV-Rente auszurichten; es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen (Urk. 1). Am 6. Juli 2012 reichte die Beschwerdeführerin ergänzende medizinische und

erwerbliche Unterlagen sowie das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ein ( Urk.

#### **E. 7**

-10 ).

In ihrer Vernehmlassung vom 14. August 2012 stellte die Beschwerdegegnerin Antrag auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 13) . Mit Eingabe vom 29. August 2012 reichte die Beschwerdeführerin – entsprechend der Verfügung vom 16. August 2012 ( Urk. 15) - ergänzende Unterlagen betreffend ihre finanziellen Verhältnisse ein ( Urk. 17/18). Am 7. Juni 2013 wurde der Beschwerdeführerin eine Kopie der Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin zugestellt ( Urk. 19). Mit Verfügung vom 29. August 2013 forderte das Sozialversicherungsgericht die Beschwerdeführerin auf, Unterlagen zu den aktuellen finanziellen Verhältnissen ein zu reichen , dem am 13. September 2013 nachgekommen wurde ( Urk. 22). 4.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

#### **E. 9**

E.

3 S. 10). 6.2

Die Beschwerdeführerin liess mit Eingabe vom 29. August 2012 beim Sozialversicherungsgericht

Abrechnungen des Sozialamts P.\_\_\_\_ einreichen , aus welchen hervorgeht, dass ihre Familie in den Monaten August und September 2012

finanziell unterstützt wurde (Urk. 18/4) . Aus

den Abrechnungen ist ersichtlich, dass dazumal nur

die Beschwerdeführerin selber über ein Erwerbseinkommen verfügte .

Ihr Ehemann bezog demgegenüber einzig eine

#### **E. 10**

% -Rente von der Suva im Betrag von monatlich Fr. 437.-- , welche ihm nach einem Unfall im Dezember 2007 mit Verfügung vom 21. September 2011 ( Urk. 18/2) zugesprochen worden war . Zusätzlich wird der Familie X.\_\_\_\_

eine Kinderzulage in der Höhe von Fr. 200. -- ausgerichtet ( Urk. 18/4) . Eine telefonische Nachfrage des Sozialversicherungsgerichts beim Sozialamt

P.\_\_\_\_ vom 28. August 2013 ergab sodann, dass die Familie X.\_\_\_\_  
im April 2013

von der Sozialhilfe abgelöst worden sei, nachdem der Ehemann der Beschwerdeführerin ein Arbeitstraining bei der Invalidenversicherung aufgenommen habe ( Urk. 24 ). Das Sozialversicherungsgericht forderte folglich bei der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. August 2013 ( Urk. 20) aktuelle Angaben über ihre finanzielle Situation, insbesondere die Einkommenssituation, an, was zur

Eingabe vom 13. September 2013 führte ( Urk. 22). Aus den betreffenden Unterlagen ergeht, dass der Ehemann zumindest im August 2013 beim Wohnzentrum F.\_\_\_\_ ein Nettoeinkommen von Fr. 3'976.-- erzielte. Unter Berücksichtigung der bis herigen Einkünfte stehen der Familie X.\_\_\_\_ neu somit Einnahmen von total Fr. 7'155.-- zur Verfügung ( Fr. 3'976.-- + Fr. 437.-- + Fr. 2'542.-- [Einkommen Ehefrau]+ Fr. 200.--). Die Beschwerdeführerin liess trotz Aufforderung (Urk. 20) keinen anderslautenden Nachweis einreichen. Was die Ausgabenseite betrifft, beläuft sich das betriebsrechtliche Existenzminimum für die Familie zuzüglich eines zu berücksichtigenden Freibetrags sowie der Steuern auf Fr. 4'912.--. Nachdem die gesamten Einkünfte der Familie somit rund Fr. 2'200.-- über dem betriebsrechtlichen Existenzminimum liegen, ist festzustellen, dass eine pro zessuale Bedürftigkeit nicht mehr ausgewiesen ist. Im Ergebnis ist das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung somit abzuweisen. 7 .

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung vom 11. Juni 2012 wird abgewiesen. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstGiger CA/GI/MPversandt

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