

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00703 vom 3. Dezember 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00703](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00703)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00703 du 3 décembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00703 del 3 dicembre 2013

## **Erwägungen**

### **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**

Eine im November 2008 an Hand genommene amtliche Revision (Urk. 10/43) ergab keine Änderung der Rente (Mitteilung vom 18. Juni 2009, Urk. 10/55).

Gleichzeitig auferlegte die IV-Stelle der Versicherten eine Schadenminderungspflicht dahingehend lautend, dass in mindestens zweiwöchigen Abständen Physiotherapie durchzuführen sei (Urk. 10/54).

#### **E. 1.2.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.2.2**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

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

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

Fatigue stellt (BGE 139 V 346

E. 3 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur

Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

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 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 aussergewöhnliche 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.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS (das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011). 1.

#### **E. 1.7**

Lit . a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision) lautet wie folgt: Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, werden innerhalb von drei Jahren nach Inkraft treten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. 2 .

## **E. 2**

“ [Urk. 10/33] und Feststellungsblatt vom 7. September 2004 [Urk. 10/30] ).

### **E. 2.1**

Streitig und zu beurteilen ist die revisionsweise Aufhebung der bisherigen Viertelsrente . 2 .2

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Rentenaufhebung damit , dass die vorliegenden Diagnosen den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zuzu schreiben seien . Den medizinischen Unterlagen , insbesondere dem interdisziplinären

Gutachten von Psychiater

A.\_\_\_\_ und

von Rheumatologe Dr. B.\_\_\_\_

vom 17. Mai 2005

seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeits unfähigkeit begründen würden. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen vor, weshalb nach Lit . a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision) für die Zukunft kein Rentanspruch mehr bestehe ( Urk. 2) .

### **E. 2.2**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit er forderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.3**

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt ( Urk. 1 , Urk. 16 ) , sie leide weiterhin an unüberwindbaren Rückenbeschwerden . In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit nur

30 beziehungsweise 40 % ; dabei weist die Beschwerdeführerin auf den Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 10. April 2012

(Urk. 10/102) sowie auf das rheumatologische (Teil-)Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_

vom 10. Mai 2011 hin (Urk. 10/70) . 3.

Vorweg ist festzuhalten ,

dass - entgegen der Beschwerdegegnerin, welche bei der fraglichen Rentenrevision von einer r

unterschiedlichen

medizinischen Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustandes

ausging und

die

laufende

Rente gestützt auf das erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision aufgehoben (vgl. Beurteilung durch den Rechtsdienst vom 18. Januar 2012 [Urk. 10/92/2 -3]), - die Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung nach Massgabe der zitierten Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision vom 18. März 2011 nicht erfüllt sind. Denn die ursprüngliche Rentenzusprechung sowie die darauffolgenden Rentenrevisionen beruhten – wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen (E. 4 und 6) – in medizinischer Hinsicht nicht (einzig) auf einem pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_308/2013 vom 26. August 2013 E. 5.1).

Zu prüfen ist

demgemäss, ob die seit 1. Januar 2004 laufende Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf dem Wege der Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu Folge Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse aufgehoben werden kann. 4.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend die – auf der rheumatologischen Abklärung durch Dr. Y.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2004 (Urk. 10/27) und insbesondere dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 19. August 2004 (Urk. 10/29) basierende (vgl. Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 25. August 2004, Feststellungsblatt vom 7. September 2004 [Urk. 10/30/4]) - rentenzusprechende Verfügung vom 12. November 2004 (Urk. 10/35). Denn die darauffolgende Rentenbestätigung vom 18. Juni 2009 (Urk. 10/55) beruhte nicht auf einer genügenden Sachverhaltsabklärung inklusive psychiatrischer Beurteilung, sondern einzig auf knappen Auskünften von Rheumatologe Dr. Y.\_\_\_\_ (Urk. 10/45), welcher auch auf Beschwerden aufgrund einer damaligen

Schwangerschaft hinwies. Laut Beurteilung von Psychiaterin Dr. Z.\_\_\_\_ bestand sei nerzeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer daraus resultierenden 50%igen Arbeits (un) fähigkeit (aus psychiatrischer Sicht und in unterschiedlichen Tätigkeiten [Urk. 10/29/7 Ziff. 5]). Dagegen bestand aus rheumatologischer Sicht für eine leichte körperliche Arbeit - aufgrund eines Dekonditionierungssyndroms bei

Fehlform der Wirbelsäule (Rundrücken), Haltungsinsuffizienz, möglicher Entwicklung in Richtung einer generalisierten Fibromyalgie

- sowie aufgrund eines Verdachts auf psychophysische Erschöpfung sei nerzeit eine höhere (Rest-) arbeitsfähigkeit

von 70 %

in einer körperlich leichten Tätigkeit

(Urk. 10/27/3 Ziff. 5). 5. 5. 1 5.1.1

In dem auf medizinischen Vorakten  
sowie eigenen Untersuchungen beruhenden  
bidisziplinären

psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten von Psychiater A.\_\_\_\_ und Rheumatologe Dr.  
B.\_\_\_\_

vom 17. Mai 2011

wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (gemäss bi  
disziplinärer

Besprechung vom 10.

Mai 2011 [ Urk. 10/71/12 Ziff. 8.1] ): - thorakovertebrales und lumbovertebrales  
Schmerzsyndrom - hyperkyphotische

Fehlform der BWS, Fehllhaltung und schwere Dekonditionierung - leichte degenerative  
Veränderungen der mittleren und unteren BWS sowie der unteren LWS

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (Urk.

10/71/12 Ziff. 8.2) : - Thalassaemia

minor - erschwerte Schmerzbeschwerdeverarbeitung mit auf Passivität und Aktivi  
tätsvermeidung ausgerichteter dysfunktionalem Fehlverhalten ( ICD-10 F54) bei - t  
thorakovertebralem und lumbovertebralem Schmerzsyndrom

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit erklärten die Gutachter A.\_\_\_\_  
und Dr. B.\_\_\_\_

( Urk. 10/71/12 Ziff. 8.3), aufgrund der rheumatologischen Befunde sei die  
Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Coiffeuse nicht mehr arbeitsfähig ; dies aufgrund  
der vorwiegend stehenden Arbeit mit Zwangshaltung der Wirbelsäule . Dagegen bestehe f  
ür eine körperlich angepasste Tätigkeit eine unveränderte

Arbeitsunfähigkeit von

maximal 30

% .

Aus psychiatrischer Sicht könne keine über die rheumatologisch quantifizierte Arbeits  
unfähigkeit hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert werden beziehungsweise

es könne aus psychiatrischer Sicht keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit  
abgeleitet werden (Urk. 10/71/10) .

In seiner psychiatrischen Beurteilung

hielt der Teilgutachter

A.\_\_\_\_

fest (Urk.

### **E. 3**

. August 2012 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9) .

In Bewilligung des Gesuchs vom 2. Juli 2012 wurde der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und es wurde ihr die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Verfügung vom 25. Oktober 2012, Urk. 14). Mit Zuschrift vom 23. November 2012 (Urk. 16) liess die Beschwerdeführerin den Bericht der Rehaklinik C.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2012 (Urk. 17) einreichen. Am 31. Mai 2013 reichte Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler seine Honorarnote samt Tätigkeitsnachweis ein (Urk. 18). Mit Schreiben vom 13. Juni 2013 erklärte die Beschwerdegegnerin, auf eine Stellungnahme zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 23. November 2012 zu verzichten (Urk. 21).

#### **E. 6**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366).

#### **E. 10**

/71/8-

#### **E. 11**

Ziff. 6), im psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_

von 2004 sei eine anhaltende

somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 mit daraus resultierender 50%iger Arbeitsunfähigkeit für sämtliche zuvor ausgeübten Tätigkeitsbereiche festgehalten worden. Dabei

sei zur möglichen Wiedererlangung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ein interdisziplinäres Schmerzprogramm empfohlen worden.

In der Folge sei der Versuch, die Beschwerdeführerin im Rahmen des ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramms am E.\_\_\_\_

gemäss gutachterlichen Empfehlungen zu therapieren, gescheitert; die Beschwerdeführerin sei aufgrund ausgeprägter Passivität und mangelnder Motivation für dieses Programm abgelehnt worden. Weitere entsprechende Behandlungsversuche hätten nicht stattgefunden. Im Rahmen der vorliegenden psychiatrischen Begutachtung habe die Beschwerdeführerin im Befund eine leichte psychomotorische Unruhe bei ausgeglichener Stimmungslage und erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und klinisch nicht beeinträchtigten kognitiven Funktionen sowie unbeeinträchtigtem Antrieb gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe über ständige BWS- und LWS-Schmerzen berichtet.

Zusätzlich belastende innerpsychische Konfliktdynamiken oder schwerwiegende psychosoziale Belastungsfaktoren hätten nicht exploriert werden können. Sodann sei eine erschwerte Schmerzverarbeitung mit auf Schonung ausgerichtetem Verhaltenskonzert zu beobachten gewesen. Aufgrund der vorliegenden psychiatrischen Begutachtung könne die im August 2004 gutachterlich psychiatrisch gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 nicht bestätigt werden. Die diesbezüglich zu fordernden diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 seien

nicht hinreichend erfüllt; insbesondere fänden sich keine Hinweise für wesentliche emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme. Allein die Tatsache, dass das subjektive Schmerzerleben der Explorandin aufgrund der somatischen Befunde nicht vollständig erklärt werden können, lässt keinesfalls kausal die Ableitung der

Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu. 5. 1. 2

Im

rheumatologischen Gutachten vom 10. Mai 2011 diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ ein thorakovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei hyperkyphotischer

Fehlform der BWS, Fehllhaltung und schwere r

Dekonditionierung sowie bei leichten degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren BWS sowie der unteren LWS (Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, Urk. 10/70/11 Ziff. 5.1) . Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.\_\_\_\_ eine Thalassämie

minor (Urk. 10/70/11 Ziff. 5.2).

In seiner rheumatologischen Beurteilung führte

der Teilgutachter Dr. B.\_\_\_\_

sodann aus (Urk. 10/70/11 Ziff. 6), objektiv könnten die geklagten

BWS- und HWS- Beschwerden wenigstens teilweise mit der hyperkyphotischen

Fehlform, den geringen degenerativen Veränderungen in der mittleren und unteren BWS sowie der unteren LWS und auch mit der Fehllhaltung und vor allem der schweren Dekonditionierung der Beschwerdeführerin

erklärt werden. Die Degenerationen der Wirbelsäule seien im Vergleich zu den Vorabklärungen von 2006 praktisch unverändert. Nachvollziehbar seien

gewisse belastungsabhängige Rückenschmerzen, in keinem Fall aber könne das massive Ausmass der Tag und Nacht konstant in unveränderter Ausprägung verspürten Schmerzen mit anamnestic absoluter Therapieresistenz auf alle medikamentösen und physiotherapeutischen Massnahmen mit den objektiven Befunden erklärt werden. Wie bereits von Dr. Y.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung von 2004 festgestellt worden sei, liege der Schmerzintensität und der Chronifizierung

eine wesentliche nicht-organische Komponente zugrunde. Dafür sprächen

etwa die Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden einerseits und der subjektiv erlebten Schmerzintensität andererseits sowie die absolute Therapieresistenz. Die objektiven Befunde seien zu den Voruntersuchungen 2004 und den radiologischen Befunden 2006 im Wesentlichen unverändert, so dass aus rheumatologischer Sicht keine Begründung für die subjektiv vorgebrachte Verschlechterung gefunden werden können. Aus rheumatologischer Sicht müsse der Gesundheitszustand deshalb als stationär angesehen werden.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.\_\_\_\_ unter anderem fest (Urk. 10/70/12

Ziff. 7), die Beschwerdeführerin sei in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit unverändert maximal zu 30 % arbeitsunfähig. Dies sei teilweise durch strukturelle Veränderungen der Wirbelsäule thorakal und tieflumbar begründet, vor

allem aber durch die ausgeprägte Dekonditionierung , welche allerdings wenigstens partiell reversibel sei . Bei genügender Motivierbarkeit der Versicherten sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten zu erwarten beziehungsweise die Dekonditionierung

sei aus somatischer Sicht reversibel . 5 .2

Der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ , Praktischer Arzt, hielt in seiner Beurteilung vom 11. Juni 2011 einen

unveränderten Gesundheitsschaden mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in

be hinderungsangepasster Tätigkeit fest. Dr. F.\_\_\_\_ erklärte, dass , nachdem keine Verbesserung des Gesundheitsschadens ausgewiesen sei , er für behinderungsangepasste Tätigkeiten weiterhin von der bisherigen 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe und nicht von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit

gemäss dem letzten eingeholten Gutachten ( Feststellungsblatt vom 1. Juli 2011, Urk. 10 /72/6). 5 .3

In seiner Stellungnahme vom 10.

April 2012 zum neu eingeholten Gutachten vom 17. Mai 2011 hielt der frühere rheumatologische Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_ fest (Urk. 10/102) , bei der Beschwerdeführerin bestehe ein ausgeprägtes Dekonditionierungssyndrom , welches eine Dekompensation der ungünstigen Haltung (Rundrücken) verantwortete . Medizinisch-theoretisch sei das Dekonditionierungssyndrom durch Physiotherapie behebbar ;

praktisch werde dies jedoch nicht umsetzbar sein, da der Chronifizierungsprozess der Rückenschmerzen so weit fortgeschritten sei, dass der Teufelskreis nicht mehr durchbrochen werden könne . Einen wesentlichen Faktor würden auch die vier Geburten darstellen, da die dekonditionierte Wirbelsäule den schwangerschaftsverursachten Belastungen kaum gewachsen gewesen sei. Insgesamt habe sich die rheumatologische Situation seit seinem Gutachten vom 25. Mai 2004 (Urk. 10/27) leicht verschlechtert, so dass heute eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestehe ( im damals beschriebenen Profil) . 5 .4

Schliesslich wurden im Austrittsbericht der Rehaklinik C.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2012 über die Hospitalisation vom 17. September bis 15. Oktober 2012 folgende Diagnosen festgehalten: - chronifiziertes

thorakovertebrales und lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom bei - verformter BWS aufgrund Kyphose - initial beginnenden Veränderungen - erheblicher Dekonditionierung mit insuffizienter muskulärer Stabilisation des Bewegungsapparates - DD: Fibromyalgie - Agoraphobie mit Panikattacken - Angststörung

Dabei wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin allen angebotenen Therapien gegenüber motiviert gewesen sei und

aktiv mitgemacht habe , dass jedoch trotz Therapien keine Schmerzreduktion erreicht werden können (Urk. 17) . 6 .

Das

bidisziplinäre

Gutachten von Psychiater A.\_\_\_\_ und Rheumatologe Dr. B.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2011 erfüllen die von der Rechtsprechung an medizinische Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen (vgl. E. 1. 5

hiervor). Das Gutachten berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der medizinischen (Vor-)Akten erstattet, beruht auf ausgedehnten (klinischen und radiologischen) Untersuchungen und ist umfassend und widerspruchsfrei begründet. Die psychische Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin, welche zur Zusprache der Viertelsrente geführt hat, wurde von Psychiater A.\_\_\_\_

fach ärztlich abgeklärt. Seine Beurteilung, wonach in psychischer Hinsicht einzig eine erschwerte Schmerzschwerdeverarbeitung mit auf Passivität und Aktivitätsvermeidung ausgerichtetem dysfunktionalem Fehlverhalten (ICD-10 F54) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl. Urk. 10/71/10 am Ende), erweist sich als plausibel. Soweit der erste rheumatologische Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_, auf welchen sich die Beschwerdeführerin beruft, in seiner letzten Stellungnahme vom 10. April 2012 eine höhere Arbeitsunfähigkeit von 40% attestiert, ist festzuhalten, dass die darin beschriebenen Befunde und Diagnosen nicht von seinen früheren Feststellungen abweichen (vgl. etwa Bericht vom 11. November 2010, Urk. 10/59), welche Dr. B.\_\_\_\_ berücksichtigt hat (vgl. Urk. 10/70/6 Mitte), weshalb sie

die rheumatologische Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_

nicht zu entkräften vermag. Sodann vermag auch der nach Verfügungserlass erstattete Austrittsbericht der Rehaklinik C.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2012, sofern er überhaupt zu berücksichtigen ist (vgl. E. 1.6 hier vor), das umfassende bidisziplinäre Gutachten von Psychiater A.\_\_\_\_ und Rheumatologe Dr. B.\_\_\_\_

nicht in Frage zu stellen, enthält es doch keine grundsätzlich widersprechenden Aussagen.

Vorliegend ist eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 1. 5

hier vor) – in Form von nunmehr verminderten psychischen Beschwerden ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit – erstellt und spätestens ab der rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung durch Psychiater A.\_\_\_\_ und Rheumatologe Dr. B.\_\_\_\_

vom Mai 2011 von einer verbesserten (neu einzig rheumatologisch begründeten) Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von (nunmehr) 70% auszugehen, welche Dr. B.\_\_\_\_

überdies als zumindest teilweise „reversibel“ betrachtete.

Der medizinische Sachverhalt ist damit als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Von der mit Replik (Urk. 16) beantragten Gutachtenergänzung aufgrund des Austrittsberichts der Rehaklinik C.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2012 (Urk. 17) sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Dementsprechend ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer der körperlichen Behinderung angepassten Tätigkeit auszugehen. 7. 7. 1

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 Eingriffsmassnahmen 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).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerebenen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). 7.2.7.2.1

Die Beschwerdeführerin qualifizierte die Beschwerdeführer in  
als im Gesundheitsfall

Vollerwerbstätige (vgl. zuletzt Haushaltabklärungsbericht vom 18. Juni 2009, Urk. 10/52) . Mangels verlässlicher Angaben – gemäss IK-Auszug ( vom 7. August 2003, Urk. 10/10 ) erzielte die Beschwerdeführerin nur unregelmässige Erwerbseinkommen - rechtfertigt es sich , für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne der LSE abzustellen. Da bei ist die Beschwerdeführerin –

die eine Anlehre als Coiffeur-Assistentin absolvierte (vgl. Urk. 10/2 , 10/4/4 )

und hernach als (ungelernte) Verkäuferin arbeitete ( Urk. 10/27/1 und Urk. 10/31) - als Hilfsarbeiterin einzustufen (entsprechend der Kategorie 4 der LSE) . Das Vergleichseinkommen „ in Valideneinkommen “ in an gepasster Tätigkeit ist, da die Beschwerdeführerin nach Verbesserung ihrer Arbeitsfähigkeit keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ebenfalls anhand der LSE – und wiederum unter Einstufung der Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin – zu ermitteln . Damit kann rechnerisch ein Prozentvergleich vorgenommen werden.

#### 7.2.2

Bei einem zumutbaren Leistungspensum von 70 % ist der Invaliditätsgrad auf 30 % zu veranschlagen (100 % - 70 % ), was für die Bejahung eines Rentenan spruchs nicht genügt. Selbst wenn von einem tieferen Invalideneinkommen mit einem – vorliegend nicht gerechtfertigten – behinderungsbedingten Abzug von 10 % auf den LSE-Tabellenlohn auszugehen wäre (zum Ganzen vgl. BGE 126 V 75), führte dies zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37 % ( 100 % - 70 % x 90 %).

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch nicht entscheidend ist, ob die Qualifikation gemäss Haushaltabklärungsbericht vom 18. Juni 2009 (Urk. 10/52) als Vollerwerbstätige mit Blick auf ihre 1996, 2005 und 2009 und 2010 (vgl. Urk. 10/72) geborenen Kinder noch gerechtfertigt ist, und erübrigt sich auch die Einholung eines neuen Haushaltabklärungsberichts, da ein geringerer (als 100%iger) Erwerbsanteil nicht zu einem

höheren Invalidität sgrad führen könnte, liegen die Einschränkungen im Haushalt doch erfahrungsgemäss nicht über denjenigen im Erwerbsbereich (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2013 vom 20. August 2013 E. 5.3) . Die gesundheitlichen Einschränkungen der Versicherten vermögen offensichtlich nicht mehr zu einer rentenbe gründenden Invalidität zu führen.

Demzufolge erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 8. 8 . 1

Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpau schale ist auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerde führerin aufzuerlegen, zufolge der mit Gerichtsverfügung vom 25. Oktober 2012 (Urk. 14) gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 8 .2

Im Weiteren ist der mit genannter Gerichtsverfügung zum unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bestellte Rechtsanwalt Hegetschweiler für die mit Honorarnote und Tätigkeitsnachweis vom 31. Mai 2013 (Urk. 18) spezifizierten Bemühungen und Auslagen antrags gemäss mit Fr. 1'104.85 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer [ MWSt ]) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf §

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv) 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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