

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01083 vom 27. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01083

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01083 du 27 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01083 del 27 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, arbeitete ab 2004 mit einem Pensum von 60 % als Pflegehelferin am Y.____ (Urk. 6/8/6). Per 30. Juni 2009 wurde dieses Anstellungsverhältnis von der Arbeitgeberin gekündigt (Urk. 6/14/9-10).

Bereits am 2./3. März 2009 hatte sich X.____ unter Hinweis auf starke Schmerzen im ganzen Körper (vgl. auch Urk. 6/5/3) zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 6/8-9; vgl. auch Urk. 6/4 [Früherfassung]). Nach Abklärung der beruflich-erwerblichen und medizinischen Verhältnisse (Einholung eines Auszuges aus dem individuellen Konto [Urk. 6/10] sowie Bezug der von der Krankenversicherung der Versicherten veranlassten interdisziplinären Abklärung [Urk. 6/29/3-14] sowie weiterer Arztberichte) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. etwa Urk. 6/35) wies die IV Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 5. September 2012 (Urk. 2) ab mit der Begründung, dass ein renten ausschliessender Invaliditätsgrad von 6,4 % (0 % im Erwerbsbereich [Anteil 60 %] beziehungsweise 16 % im Haushaltsbereich [Anteil 40 %]) vorliege.

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. 1).

E. 1.2

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. 1.3

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; vgl. auch BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

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

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).

„ Burn out“ als solches fällt nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1

mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.5

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).

E. 1.6

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs.

E. 1.7.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.7.2

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).

E. 1.8

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind - analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61

E. 6.2 und 128 V 93 f. E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 9C_086/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 5. September 2012 (Urk. 2) im Wesentlichen aus, dass aus medizinischer Sicht keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Pflegehelferin sowie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe. Gemäss der Abklärung vom 26. Januar 2010 bestehe im Haushaltsbereich, der einen Anteil von 40 % ausmache, eine Einschränkung von 16 %. Daraus ergebe sich insgesamt ein rentenausschliessender Invaliditätgrad von 6,4 % (60 % von 0 % plus 40 % von 16 %). Die Neurasthenie so wie die postulierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung gehörten zu den ätiologisch- pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage, welche keinen IV relevanten Gesundheitsschaden auswiesen. Der psychopathologische Befund spreche aus psychiatrischer Sicht keineswegs für eine Störung, welche die ICD 10-Kriterien für eine depressive Episode/Störung erfüllen würde. Als auffallende psychopathologische Befunde werde einzig Folgendes erwähnt: deutlich depressiv-resigniert, aber affektiv adäquat kontrolliert (bei unauffälligen amnestischen /kognitiven Funktionen, unauffälligem formalen Denken, inhaltlich problemzentriert). Eine schwere psychische Komorbidität sei nicht ausgewiesen.

E. 2.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, dass sie gemäss den behandelnden Ärzten des Z. ___ zu 100 % arbeitsunfähig sei. Neben den psychischen Beschwerden würden auch die körperlichen ihre Leistungsfähigkeit enorm einschränken. Die Beschwerdegegnerin habe die angefochtene Verfügung auf medizinische Beurteilungen gestützt, die nicht überzeugten. Aufgrund der offensichtlichen Komplexität des Krankheitsbildes wäre die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens zwingend gewesen. Dies habe die Beschwerdegegnerin unterlassen. Nur schon deshalb sei die angefochtene Verfügung aufzuheben. In ihrer interdisziplinären Stellungnahme (zuhanden der Krankenversicherung der Beschwerdeführerin) attestierten Dr. med. A. ___ und Dr. med. B. ___ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine schwach ausgeprägte Neurasthenie. Dr. B. ___ habe aber die vom Z. ___ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode verneint. Weshalb dem so sein sollte, lasse sich dem Bericht von Dr. B. ___ nicht entnehmen. Er diskutiere die abweichende Diagnose nicht. Insofern genüge der Bericht von Dr. B. ___ den Qualitätsanforderungen nicht. Es komme ihm kein Beweiswert zu. Die von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ gemachten Ausführungen seien nicht nur tendenziös, sondern offensichtlich auch aktenwidrig, wenn sie die Beschwerdeführerin als sich selbst limitierend und nur mit bescheidener Compliance beschrieben. Das Z. ___ habe zutreffend festgehalten, dass die Beschwerdeführerin unter einer mittelgradigen depressiven Episode, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einem chronischen Panvertebralsyndrom mit Fehlform und Fehllhaltung der Wirbelsäule, einer Hyperlaxität, einer muskulären Dysbalance, einer beginnenden Fibromyalgie sowie einer Adipositas leide. Deshalb sei sie sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig. Im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. B. ___ sei weiter darauf hinzuweisen, dass eine Symptomaufnahme gänzlich fehle und zudem keinerlei Fremdanamnesen erhoben worden seien. Der Bericht von Dr. B. ___ sei eben kein Gutachten, sondern lediglich ein Konsilium; zudem habe er nicht sorgfältig gearbeitet. Entgegen der Auffassung von Dr. B. ___ sei die psychische Komorbidität zu bejahen, handle es sich doch bei der Depression um eine eigenständige Störung, welche als Folge der Schmerzen und der Schmerzstörung zu betrachten sei (Urk. 1).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 3

Chronisches Panvertebralsyndrom mit Fehlf orm und Feh lhaltung der WS, degenerative Veränderungen L4/5 und L5/S1 ohne Wurzelkompression, Hyperlaxität und muskuläre Dysbalance bestehend seit 1/2004

E. 3.1

Der Leitende Arzt Dr. med. C.____ und der Spitalfacharzt Dr. med. D.____ von der E.____, wo die Beschwerdeführerin vom 27. Januar bis 23. Februar 2009 hospitalisiert war, hielten in ihrem Bericht vom 23. Februar 2009 (Urk. 6/23; vgl. auch Urk. 6/24) folgende Diagnosen fest: -

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit -
degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich, segmentale Degeneration L4/5 und L5/S1 ohne Wurzelkompression -
Beginnende Fibromyalgie -
Fersensporn links -
Adipositas -
Cervikocephalgie -
Depression -
Muskuläre Dysbalance und Hyperlaxizität der Gelenke -
Status nach Sturz August (richtig wohl: Januar) 2004

Man habe die multilokulären Beschwerden nicht auf einen einheitlichen Nenner bringen können. Es seien keine relevanten entzündlichen Prozesse gefunden worden. Die Tender Points der Fibromyalgie seien inkonstant und nicht dem üblichen Verteilungsmuster entsprechend gewesen. Eine relevante Depression habe sich nicht feststellen lassen. Zudem seien die Beschwerden insgesamt sehr wechselhaft gewesen; es seien durchaus Phasen von relativer Beschwerdearmut und freien Bewegungsabläufen vorgekommen, so dass von einer Selbstlimitierung und von einer Invalidisierungstendenz ausgegangen werden müsse.

E. 3.2

In ihrem Bericht vom 21. April 2009 (Urk. 6/22/6-8; vgl. auch Urk. 6/29/15-19) stellten die Psychologin F.____, med. pract. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. H.____, klinischer Psychologe und Supervisor, vom Z.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1.

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bestehend seit 3/2007 2.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) bestehend seit 1/2004

E. 3.3

Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht (psychiatrisches Konsilium) vom 22. August 2009 (Urk. 6/29/9-14) aus, dass die Beschwerdeführerin bei klarem Bewusstsein und in den üblichen Qualitäten (zeitlich, örtlich, situativ und autopsychisch) orientiert sei. Gedächtnis- und

Aufmerksamkeitsleistung seien intakt, letztere gleich bleibend im Laufe des zweistündigen Gesprächs. Der Denkprozess sei geordnet, themen- und zielgerichtet, präzis in der Formulierung. Die Beschwerdeführerin habe Sinn für Humor, sei formal unauffällig und lasse der Schilderung ihrer Beschwerden sehr viel Raum, wobei aber die Ablenkung zu anderen Themen durchaus möglich sei. Es lägen keinerlei Hinweise (wie etwa Hemmung, Blockaden, schleppender Gedankengang, eingeengte Inhalte, Ausdruck von Schuldgefühlen) für ein aktuell noch bestehendes relevantes depressives Zustandsbild vor. Das Intelligenzniveau beurteile er kursorisch als durchschnittlich, eher höher als der bloss achtjährigen Grundschulausbildung entsprechend (S. 4).

Psychomotorisch lägen unauffällige Verhältnisse vor; der Antrieb wirke nicht vermindert. Auch im affektiven Bereich spreche nichts für das Vorliegen eines depressiven Zustandsbildes (S. 5).

Aufgrund der ihm zugestellten Akten sowie seiner eigenen Untersuchung könne er aus psychiatrischer Sicht die im Z. ___ ge stellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bestätigen, jedoch nicht diejenige einer depressiven Episode, weil dafür keinerlei Hinweise gegeben seien. Es bestehe vermutlich auch eine schwach ausgeprägte Neurasthenie (ICD-10 F48.0) mit Schwindel, Konzentrationsstörungen, Kraftlosigkeit und Schlafstörungen. Die Persistenz und Ausweitung der im Anschluss an einen Bagatellunfall während der Schwangerschaft Anfang 2004 erstmals aufgetretenen Rückenschmerzen deute er als Ausdruck der für die Beschwerdeführerin durch die Geburt ihres zweiten Kindes aufgrund des spärlichen Einkommens ihres Ehemannes zu gross gewordenen Last der Verantwortung. Den beiden diagnostizierten psychischen Störungen komme für keine Tätigkeit, die der Beschwerdeführerin aus somatischen Gründen möglich sei, eine arbeitsfähigkeitseinschränkende Wirkung zu, auch nicht partiell (S. 6).

E. 3.4

Dr. med. A. ___, Spezialarzt FMH für Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seinem Bericht vom 2. September 2009 (Urk. 6/29/3-8) fest, dass die Beschwerdeführerin über andauernde lumbale, grossräumig sich ausbreitende Schmerzen und psychische Beschwerden klagt. Der Versuch der Beschwerdeführerin, ihre Rücken- und anderweitigen körperlichen Beschwerden mit dem bagatellären Unfallereignis 2004 zu erklären, dürfte wohl eher dem Zweck externaler anstelle einer internalen Attribuierung der vorliegenden gesundheitlichen und psychosozialen Situation dienen. Bildgebend (MRI der Lendenwirbelsäule vom 22. November 2007) liessen sich keine für Kreuzschmerzen bei Symptomträgern prädikative Abnormalitäten erkennen. Aus somatischer Sicht solle der Fall abgeschlossen werden. Inwiefern der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit in der Krankenpflege medizinisch-theoretisch zumutbar bleibe, sei der psychiatrischen Beurteilung vorbehalten.

E. 3.5

Dr. A. ___ und Dr. B. ___ kamen in ihrer interdisziplinären Stellungnahme am 28. August 2009 (Urk. 6/29/8) zum Schluss, dass aus somatischer Sicht chronisch-unspezifische, diagnostisch nicht-klassifizierbare Schmerz- und anderweitige körperliche Beschwerden vorlägen, die keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Aus psychiatrischer Sicht sei es eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine schwach ausgeprägte Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zu diagnostizieren. Auch die genannten psychischen Leiden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Interdisziplinär

beurteilt sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

E. 3.6

Dr. med. I.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin erklärte am 28. Oktober 2009, dass das interdisziplinäre Gutachten (mithin die Berichte der Dres. A.____ und B.____) die gestellten Fragen umfassend beantwortete, die geklagten Beschwerden berücksichtige, in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden sei und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend sei. Ebenso würden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Auch für eine adaptierte Tätigkeit sei von jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Wesentliche Einschränkungen im Haushalt müssten durch eine Haushaltsklärung festgestellt werden (Urk. 6/33/4).

E. 3.7

Mag. J.____, klinische Psychologin, med. pract.

G.____ und Dr. phil

H.____ vom Z.____ äusserten sich in ihrem Bericht vom 27. Mai 2010 (Urk. 6/40) dahingehend, dass die körperlichen Beschwerden (Kopf- und Rückenschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich, ausstrahlend auf den ganzen Körper, Taubheitsgefühle an den Füßen, Übelkeit, Schwindel, Kraftlosigkeit, aufgeschwollene und steife Hände) die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin enorm einschränkten. Da die körperlichen Schmerzen zunehmend stärker würden, sei auf längere Sicht keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu erwarten. Durch die Arbeitsunfähigkeit habe sie einen grossen Identitätsverlust erlebt. Aufgrund der belastenden Situation habe sie depressive Symptome entwickelt (Wertlosigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Insuffizienzgefühle, Lust- und Interesslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Ängste).

E. 3.8

Dr. B.____ erklärte am 25. Juli 2011, dass sich die Widerlegung der vom Z.____ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode zwanglos aufgrund der psychopathologischen Untersuchungsbefunde ergebe. Weiter sei daran festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin weder in psychiatrischer noch in somatischer Hinsicht die Voraussetzungen für eine relevante Komorbidität zu ihrer psychogenen Störung erfüllt seien (Urk. 6/65).

E. 3.9

Med. pract. G.____ und Dr. H.____ hielten in ihrem Bericht vom 28. September 2011 (Urk. 6/73) an ihrer Auffassung fest, dass eine mittelgradige depressive Episode vorliege. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig. Als „positives Leistungsbild“ wurde Folgendes formuliert: „Die Pat. kann noch kochen, heben ca. 0.5 kg, 10 Min. gehen, dann wieder Pause, Mitfahren im Auto ca. 1.5 Std. (Pat. hat keinen Fahrausweis und fährt daher selber nicht), die Reise nach K.____ werde im Auto zurückgelegt, immer wieder Pausen, wegen Reise mehrere Jahre nicht in K.____, 2010 und 2011 aber Besuch dort.“ Das „negative Leistungsbild“ wurde folgendermassen umschrieben: „Kein Einkäufen, Pat. muss immer wieder liegen nach 10. Min. Hausarbeit, an schlechten Tagen ist die Pat. den ganzen Tag im Bett.“ Der Bericht von Dr. B.____ wurde von med. pract. G.____ und Dr. H.____ dahingehend kritisiert, dass eine Symptomaufnahme und Fremdanamnesen fehlten und er sich „alleine auf seinen eigenen Psychostatus“ stütze. Die Beschwerdeführerin leide an einer deutlichen

Depression. Diese sei eine eigenständige Störung beziehungsweise eine eigenständige Folge der Schmerzen und der Schmerzstörung. Die Symptome der Depression würden nicht verschwinden, falls die Beschwerdeführerin keine Schmerzen mehr hätte. Daher sei die Komorbidität gegeben.

E. 3.10

Dr. med. L.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD erläuterte am 14. Dezember 2011, dass auf die Beurteilung von med. pract. G.____ nicht abgestellt werden könne, weil er die somatischen und psychischen Beschwerden nicht ausreichend voneinander differenziere. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei festzuhalten, dass depressive und oft auch neurasthenische Symptome häufig im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung vorkämen. Chronische Schmerzen belasteten einen Patienten unter Umständen schwer. Die Abklärung einer zusätzlichen Depression sei wichtig. Eine solche sei im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung durch Dr. B.____ nachvollziehbar ausgeschlossen worden. Dem Vorwurf des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass das Gutachten von Dr. B.____ unzulänglich sei und eine Symptomaufnahme gänzlich fehle, könne nicht zugestimmt werden. Eine solche finde sich auf S. 3 des Berichts von Dr. B.____ vom 22. August 2009. Zudem handle es sich um eine interdisziplinäre Begutachtung mit körperlicher Beschwerdeerhebung im Teilgutachten von Dr. A.____. Dass sich Dr. B.____ auf seine eigene Untersuchung stütze und keine fremdanamnestic Angaben (etwa wie med. pract. G.____ beim stark involvierten Ehemann der Beschwerdeführerin) eingeholt habe, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu monieren. Hinzu weisen sei aber auf die im interdisziplinären Gutachten erhobene Fremdanamnese beim letzten Arbeitgeber, dem Y.____ (Urk. 6/83/3-5).

E. 3.11

Dr. B.____ äusserte sich am 14. Januar 2012 dahingehend, dass es sich bei der von ihm gestellten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung um eine Ausschlussdiagnose handle in dem Sinne, als die von der Beschwerdeführerin angeführten Schmerzen nicht ausreichend auf somatischem Wege erklärbar seien. Die finanziell angespannte Situation der Familie und auch eine gewisse ethnische Entwurzelung betrachte er als psychosozial belastende Elemente. Einen therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Konflikt könne er nicht feststellen. An der Motivation der Beschwerdeführerin, mit eigener Anstrengung und therapeutischer Hilfe gegen ihre Beschwerden anzukämpfen, hege er gewisse Zweifel. Ein sozialer Rückzug sei nicht ausgewiesen; die Beschwerdeführerin spreche vom Spazieren „von Bänkli zu Bänkli“ (Urk. 6/77).

E. 3.12

Dr. L.____ ergänzte am 19. März 2012, dass aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) ausgewiesen sei. Für die postulierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sehe Dr. B.____ psychosoziale Probleme als ursächlich an. Therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Konflikte würden nicht festgestellt. Ein sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen sei nicht ausgewiesen. Die vom behandelnden Arzt, med. pract. G.____, attestierte depressive Episode sei nicht nachvollziehbar. Eine schwere psychische Komorbidität sei nicht ausgewiesen (Urk. 6/83/5).

E. 4

Beginnende Fibromyalgie (M79.0) bestehend seit 2007

Die Stimmung der Beschwerdeführerin sei deutlich depressiv-resigniert. Sie sei affektiv adäquat kontrolliert, im Gesprächsverlauf mitteilungsaktiv. Kognitiv sei sie in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis unauffällig. Ihr Denken sei formal beweglich und inhaltlich problemzentriert. Es lägen keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebniswelten (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen) vor. Aufgrund der immer stärker werdenden und sich ausweitenden körperlichen Schmerzen sei zurzeit eine Leistungssteigerung ausgeschlossen. Die Abnahme der körperlichen Fähigkeiten sei enorm. Sie leide unter schneller Ermüdung und Kraftlosigkeit. Sie könne nur wenig Gewicht (etwa 1 kg) tragen. Zudem habe sie auch beim Stehen, Sitzen und Bewegen grosse Mühe. Im Haushalt sei sie auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Als Krankenpflegerin sei sie aufgrund der vorhandenen Symptome (starke körperliche Schmerzen, Schwindel, Übelkeit, Kraftlosigkeit und Erschöpfung) seit 4. August 2008 zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 4.1

Aus dem Haushaltsbericht vom 8. Februar 2010 (Urk. 6/32) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigungen weiterhin ihrer bisherigen Tätigkeit mit einem Pensum von 60 % nachginge. Die Abklärungsperson erachtete diese Angabe als plausibel. Im Weiteren führte die Abklärungsperson eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle durch und stellte dabei unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie der Familien- und Wohnverhältnisse, technischen Einrichtungen und der örtlichen Lage eine Einschränkung von 16 % im Haushaltsbereich fest.

E. 4.2

Hinsichtlich der Statusfrage ist festzuhalten, dass dazu in der Beschwerdeschrift keine Ausführungen gemacht wurden. Da die von der Beschwerdegegnerin der Invaliditätsgradbemessung zugrunde gelegten Werte (eine 60%ige Erwerbstätigkeit sowie eine 40%ige Tätigkeit im Haushalt) auf den Angaben der Beschwerdeführerin basieren, von der Abklärungsperson für plausibel erachtet wurden und mit dem früheren Beschäftigungsgrad übereinstimmen, ist von den genannten Werten auszugehen.

Weiter ist festzuhalten, dass dem Haushaltsbericht grundsätzlich auch hinsichtlich der festgestellten Einschränkung von 16 % voller Beweiswert zukommt, erfüllt er doch sämtliche in E. 1.8 genannten Anforderungen der höchstrichterlichen Praxis an derartige Berichte. Die Beschwerdeführerin bestritt denn auch die Schlussfolgerungen nicht.

E. 5

4

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass vorliegend auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Berichte der Dres. A. ___ und C. ___ beziehungsweise auf ihre interdisziplinäre Einschätzung abzustellen ist (Urk. 6/29/8): Danach liegen aus somatischer Sicht chronisch-unspezifische, diagnostisch nicht-klassifizierbare Schmerz- und anderweitige körperliche Beschwerden vor, die keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Aus psychiatrischer Sicht ist eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine schwach ausgeprägte Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zu diagnostizieren. Auch die genannten psychischen Leiden haben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Interdisziplinär beurteilt betrage die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit 100 %.

E. 5.1.1

Die Beschwerdeführerin liess in formeller Hinsicht rügen, dass die Beschwerdegegnerin angesichts der offensichtlichen Komplexität des vorliegenden Falles zwingend ein polydisziplinäres Gutachten hätte einholen müssen. Sie hätte sich nicht mit den interdisziplinären Berichten der Dres. A. ___ und B. ___ begnügen dürfen. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der medizinische Sachverhalt – entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin – nicht besonders komplex präsentiert. Im Wesentlichen geht es um die Beurteilung der geklagten (somatischen) Schmerzen und der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Dabei ist zu beachten, dass sowohl Dr. A. ___ als auch Dr. B. ___ über eine fachärztliche Spezialausbildung und entsprechende Berufserfahrungen verfügen und sie die aus ihren Untersuchungen resultierenden Folgerungen gemeinsam besprochen haben (vgl. Urk. 6/29/8). Zudem ist nicht ersichtlich, von welchen weiteren Fachspezialisten die Beschwerdeführerin noch hätte untersucht werden sollen, da die – vorliegend in Frage kommenden – Fachgebiete bereits von Dr. A. ___ und Dr. B. ___, welche Facharzttitel für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumakrankungen, sowie für Psychiatrie und Psychotherapie führen, abgedeckt werden.

E. 5.1.2

Des Weiteren liess die Beschwerdeführerin rügen, dass die Ausführungen von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ nicht nur tendenziös, sondern auch aktenwidrig seien, weil sie die Beschwerdeführerin als erheblich selbstlimitierend und mit bescheidener Compliance beschrieben hätten. Zudem habe Dr. B. ___ in seinem Bericht weder eine Symptomaufnahme festgehalten noch Fremdanamnesen erhoben.

Die Beschwerdeführerin liess den Bericht von Dr. B. ___ – im Anschluss an med. pract. G. ___ - als tendenziös kritisieren, weil darin gewisse Ausdrücke (etwa „besoffenes Huhn“) verwendet worden seien (vgl. Urk. 1 S. 7). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. B. ___ tatsächlich sehr viele „umgangssprachliche“ Ausdrücke enthält, wobei aber die meisten derartigen Ausdrücke anlässlich der Untersuchung von der Beschwerdeführerin selbst gebraucht und sie von Dr. B. ___ in seinem Bericht lediglich wiedergegeben wurden. Zudem wurden die Ausdrücke sowohl von med. pract. G. ___ als auch in der Beschwerdeschrift aus dem Zusammenhang gerissen: So kann beispielsweise – entgegen dem in der Beschwerde erweckten Eindruck – nicht die Rede davon sein, dass Dr. B. ___ die Beschwerdeführerin als „besoffenes Huhn“ bezeichnet hätte. Vielmehr hatte die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. B. ___ ausgeführt, dass sie, obwohl ihr Schlaf sehr schlecht sei, auf die Einnahme schlafanstossender Medikamente verzichte, weil sie nach der früheren Einnahme eines solchen Medikamentes den nachfolgenden Tag „wie ein besoffenes Huhn“ verbracht habe (vgl. Urk. 6/29/11). Insgesamt erreicht Dr. B. ___ durch die Wiedergabe der Aussagen der Beschwerdeführerin, dass sich dem Leser ein plastisches Bild des Untersuchungsgesprächs präsentiert. Was daran tendenziös sein sollte, ist nicht nachvollziehbar. Festzuhalten ist weiter, dass die Beschwerdeführerin nicht rügen liess, Dr. B. ___ hätte ihre Aussagen unzutreffend wiedergegeben.

Weshalb die Berichte von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ insgesamt tendenziös und aktenwidrig sein sollten, weil sie die Beschwerdeführerin als erheblich selbstlimitierend und mit

bescheidener Compliance beschrieben haben, ist nicht nachvollziehbar. Es ist die Aufgabe von medizinischen Experten auch insoweit ihre Auffassung darzulegen. Im Übrigen hatten bereits Dr. C.____ und Dr. D.____, welche die Beschwerdeführerin während ihres Aufenthaltes in der E.____ behandelten, den Eindruck einer bestehenden Selbstlimitierung und einer Invalidisierungstendenz gewonnen (vgl. E. 3.1).

Schliesslich erweisen sich auch die Rügen, dass Dr. B.____ weder eine Symptomaufnahme festgehalten noch Fremdanamnesen erhoben habe, als nicht stichhaltig. Dr. B.____ hielt nämlich zum einen auf S. 3 seines Berichts die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Einzelnen fest. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Berichte von Dr. A.____ und Dr. B.____ als Einheit (interdisziplinäre Abklärung) zu betrachten sind. Im Bericht von Dr. A.____, der auch von Dr. B.____ zur Kenntnis genommen wurde und dem er in der interdisziplinären Stellungnahme zugestimmt hatte, finden sich durchaus auch fremdanamnestische Erhebungen (vgl. dazu auf S. 5 die telefonischen Auskünfte des ehemaligen Arbeitgebers der Beschwerdeführerin).

E. 5.3

Demgegenüber ist hinsichtlich der Einschätzungen des Z.____ (namentlich auch derjenigen des Psychiaters med. pract. G.____) vorzuschicken, dass es sich dabei um behandelnde Psychiater und Psychologen handelt. Wie bereits in E. 1.7.2 ausgeführt wurde, ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Dies gilt nicht nur für Hausärzte im engeren Sinne, sondern auch für andere behandelnde Ärzte (und Psychologen). Deshalb kommt den Berichten des Z.____ insoweit ein geringerer Beweiswert zu.

In inhaltlicher Hinsicht können die Berichte des Z.____ vor allem deshalb nicht überzeugen, weil sie einerseits den von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Beschwerden ein ausserordentlich grosses Gewicht beimessen. So ist etwa dem Bericht vom 21. April 2009 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin unter starken körperlichen Schmerzen (Ausdehnung auf den gesamten Körper), Schwindel, Übelkeit, Kraftlosigkeit und totaler Erschöpfung leide, weshalb sie zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 6/22/8). Andererseits ist festzuhalten, dass diese Angaben der Beschwerdeführerin – so weit ersichtlich – im Z.____ offenbar nicht hinterfragt wurden. An sämtlichen Berichten war – soweit ersichtlich – kein somatisch tätiger Arzt beteiligt; die Berichte wurden einzig von Psychiatern und Psychologen verfasst. Diese Berichte und Einschätzungen vermögen deshalb nicht zu überzeugen. In psychiatrischer Hinsicht wurde als Befund einzig eine deutlich depressiv-resignierte Stimmung geschildert (Urk. 6/22/6-8 S. 2 unten), ohne dass die Umstände einer daraus resultierenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit geschildert wurden.

E. 6.1

In Bezug auf die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung und der Neurasthenie ist Folgendes anzumerken: Aufgabe des begutachtenden Arztes oder der begutachtenden Ärztin im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren ätiologisch unklaren syndromalen Zustandes ist es, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf

haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidiierend ist, das heisst zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zu mutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3); dies ist mit hin eine Rechtsfrage, welche nicht durch die Mediziner zu beantworten ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_345/2012 vom 17. September 2012 E. 3.5.2). Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invalidiätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2009 vom 7. Mai 2010 E. 5.1). Auf die Diagnose der Neurasthenie sind die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze anzuwenden (vgl. dazu oben E. 1.3 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2013 vom 20. November 2013).

E. 6.2

Wie ausgeführt ist – entgegen der Auffassung des Z. ___ – gestützt auf die Beurteilung von Dr. B. ___ nicht vom Vorliegen einer Depression auszugehen.

Mangels relevanter psychischer Komorbidität richtet sich die Frage nach der ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung und der Neurasthenie nach den von der Praxis aufgestellten Alternativkriterien: Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist nicht zu verzeichnen (vgl. dazu etwa die Ausführungen im Abklärungsbericht betreffend Betreuung und Begleitung der jüngsten Tochter der Beschwerdeführerin [Urk. 6/32/6-7]). Einen therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Konflikt konnte Dr. B. ___ nicht feststellen (vgl. E. 3.11). Auch das Kriterium „Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person“ ist vorliegend nicht erfüllt. Wie ausgeführt wurde, äusserte Dr. B. ___ wiederholt Zweifel an der Compliance der Beschwerdeführerin. Ob die Kriterien „chronische körperliche Begleiterkrankungen“ sowie „ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung“ bis zu einem gewissen Grad als erfüllt anzusehen sind, obwohl die von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Beschwerden diagnostisch nicht klassifizierbar sind (vgl. E. 3.5), kann vorliegend offen bleiben. Insgesamt wären vorliegend auch bejahendenfalls nicht genügend Kriterien erfüllt beziehungsweise wären die gegebenen Kriterien nicht in genügend ausgeprägter Weise vorhanden; deshalb kann vorliegend in keinem Fall auf eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der durch die somatoforme Schmerzstörung und die Neurasthenie hervorgerufenen Einschränkungen geschlossen werden.

E. 6.3

Aus dem Gesagten folgt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die somatoforme Schmerzstörung und die Neurasthenie im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn nicht eingeschränkt wird, und zwar auch dann nicht, wenn die Einschätzung der Drs. A. ___ und B. ___, dass durch die genannten Gesundheitsbeeinträchtigungen bereits aus rein medizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründet werde, zu absolut wäre.

Die Beschwerdeführerin ist somit – gestützt auf die interdisziplinäre Beurteilung der Dres . A.____ und B.____ - als vollständig arbeitsfähig zu betrachten, und zwar sowohl aus somatischer und als auch aus psychischer Sicht.

E. 7

Somit ist die Bemessung des Invaliditätsgrades durch die Beschwerdegegnerin, die im mit 60 % gewichteten Erwerbsbereich von einer Einschränkung von 0 % und im Haushaltsbereich (Gewichtung 40 %) von einer Einschränkung von 16 % (gewichtet 6,4 %) ausging, nicht zu beanstanden ,

soweit überhaupt von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung ausgegangen werden kann.

Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8.1

Vorliegend sind bei der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (vgl. Urk. 9/1) .

E. 8.2

Mit Honorarnote vom 8./10. März 2014 (Urk. 11) macht Rechtsanwalt Grimmer einen Aufwand von 7 Stunden und 5 Minuten sowie Barauslagen von insgesamt Fr. 96. (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend, was angemessen erscheint. Bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200. (zuzüglich Mehrwertsteuer) ergibt sich ein Entschädigungsanspruch von Fr. 1'512.65 (= 7 1 /

E. 12

x Fr. 200. + Fr. 96.) zuzüglich Mehrwertsteuer, mithin Fr. 1'633.65 (= Fr. 1'512.65 x 1,08). Demzufolge ist Rechtsanwalt Grimmer mit Fr. 1'633.65 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 8. Oktober 2012 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und es wird ihr Rechtsanwalt Michael Grimmer, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt. Sodann erkennt das Gericht: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf §

E. 16

Abs. 4 GSVGer hin gewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubStocker

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