

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01195 vom 3. Juni 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.01195](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01195)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01195 du 3 juin 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01195 del 3 giugno 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1975 und Mutter eines 1998 geborenen Sohnes, war von Juli 2006 bis Ende September 2008 als Hilfsarbeiterin in einem Pensum von 80 % bei der Firma Y.\_\_\_\_ tätig und sei thereafter arbeitslos (Urk. 9/1 Ziff. 3.1, Ziff. 5.4, Ziff. 5.7; Urk. 9/6 Ziff. 2.1, Ziff. 2.3). Unter Hinweis auf ein durch einen Verkehrsunfall am 7. August 2009 erlittenes Schleudertrauma und Bandscheibenbeschwerden meldete sich die Versicherte am 1. Februar 2010 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1 Ziff. 6.2, Ziff. 12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog die Akten der Unfallversicherung (Urk. 9/7, Urk. 9/11) bei und teilte der Versicherten am 18. November 2010 mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk. 9/26).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/27, Urk. 9/31, Urk. 9/36, Urk. 9/70) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Oktober 2012 einen Rentenanspruch (Urk. 9/77 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen betreffend den Rentenanspruch (Art.

28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und

die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sind in den angefochtenen Verfügungen zu treffend angeführt (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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.

#### **E. 1.3**

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). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 12. November 2012 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Okt ober 2012 (Urk. 2) und beantragte unter Hinweis auf neu ergangene Arztberichte (Urk. 3/1-3, Urk. 5, Urk. 7) sinngemäss die Zusprechung einer Rente (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2013 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 7.

Januar 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10).

Mit Eingabe vom 13. Juni 2013 beantragte die Beschwerdeführerin die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 15), was der Beschwerdegegnerin am 18. Juni 2013 (Urk. 16) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit Gerichtsverfügung vom 27. August 2013 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 15) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 18. Oktober 2012 (Urk. 2) davon aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall im August 2009 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und ihre angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Seit Februar 2010 sei die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit wie zum Beispiel Hauspost, Abfüllaufgaben oder Kontrollaufgaben zu 100 % zumutbar (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Diagnosestellung

und die ärztliche Beurteilung würden nicht stimmen. Sie habe Schmerzen und sei weiterhin in ärztlicher Behandlung (Urk. 1 S. 1).

In der Eingabe vom 13. Januar 2013 (Urk. 15) vertrat sie schliesslich den Standpunkt, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei, damit diese mittels eines Gutachtens ihre Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden feststelle (S. 2).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und damit den allfälligen Ansprüchen auf eine Rente verhält. 3. 3.1

Am 7. August 2009 zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Autounfall in der Türkei (vgl. Urk. 9/7/44) ein zervikales Beschleunigungstrauma zu (vgl. Urk. 9/7/40).

Dr. med. Z. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 18. November 2009 und diagnostizierte mit Bericht vom 19. November 2009

(Urk. 9/7/24-25) ein Halswirbelsäulen (HWS)- Distorsions trauma mit belastungsabhängigem rechtsbetontem zervikalem und zervikobrachialem Schmerzsyndrom (S. 1 oben) und führte aus, seit dem Unfall seien die Schmerzen unverändert stark vorhanden, die bei geringster Belastung zunäh men und häufig zur rechten Schulter in den rechten Arm ausstrahlten (S. 1 unten). Es fänden sich keine sicheren neurologischen Ausfälle, insbesondere keine sichere Radikulopathie . Die Hypästhesie im rechten Schulterbereich sei pseudoradikulärer Natur (S. 2 Mitte). 3.2

Das in der Folge veranlasste ambulante Assessment in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 27. November 2009 (Bericht vom 1. Dezember 2009; Urk. 9/7/13-21) ergab bei bekannter Diagnose HWS-Distorsionstrauma, Schulterkontusion rechts sowie Adipositas Grad II (S. 1 oben), dass keine ossären Läsionen vorlägen und sich bei der Lendenwirbelsäule (LWS) eine deutliche Osteochondrose L5/S1 mit aufgehobenem Bandscheibenzwischenraum und vermehrter Sklerosierung zeige. Die Ärzte erachteten aufgrund der Abklärungsresultate eine multimodale stationäre Rehabilitation für angezeigt, welche der erheblichen Symptomausweitung und der Selbstlimitierung entgegenwirken sollte (S. 3 Mitte). 3.3

Ein am 11. Februar 2010 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MR)

Arthro Schulter rechts ergab eine leichte Tendinose an der Oberfläche der Supra-, weniger der Infraspinatussehne , eine etwas schmale Subscapularissehne kranial bei intakten Rotatoren sowie eine leichtgradige nach kranial hypertrophe AC-Arthrose mit deutlichen Zeichen der retraktilen

Kapsulitis (Urk. 9/11/15 ). 3.4

Vom 13. Januar bis 17. Februar 2010 weilte die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ , worüber am 19. Februar 2010 berichtet wurde (Urk. 9/11/7-14 = Urk. 9/18/5-12 = Urk. 9/20 ). Die Ärzte diagnostizierten eine HWS-Distorsion, eine Schulterkontusion rechts sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom und ein Schulterschmerzsyndrom rechts bei retraktiler

Kapsulitis . Zudem diagnostizierten sie lumbale degenerative Läsionen und eine Adipositas (S. 1). Als aktuelle Probleme nannten sie Schmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter rechts, intermittierende unspezifische Kribbelparästhesien an der rechten Hand, bewegungsverstärkte diffuse panvertebrale Schmerzen, zeitweise vom Rücken ins rechte Bein dorsal bis zur Ferse ausstrahlend, belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte, intermittierend Schwindelepisoden und Konzentrationsstörungen (S. 1 unten). Die Ärzte führten aus, insgesamt könne diese Beschwerdepematik mit den Befunden und Diagnosen zum Teil erklärt werden. Die Beschwerdeführerin habe sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt eine erhebliche Symptomausweitung gezeigt und die Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen seien stets undifferenziert gewesen (S. 4). Im Schmerzverhalten habe sie sich bei stetig schlechtem Leistungsverhalten

von mässig adäquat zu nicht adäquat verschlechtert . Eine Zumutbarkeit für eine den Einschränkungen der Beschwerdeführerin angepasste berufliche Tätigkeit sei festgelegt und sie werde sich beim Regionales Arbeitsvermittlungszentrum ( RAV ) melden und eine Arbeit suchen müssen, obwohl sie sich selbst nicht arbeitsfähig sehe (S. 5). 3.5

Demgegenüber berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, am 29. März 2010 (Urk. 9/11/6) von einer guten Compliance und Willen zur Mitarbeit. Trotzdem

habe die Beschwerdeführerin offensichtlich äusserst starke Schmerzen und entsprechend sei aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt (Ziff. 5).

Im Verlaufsbericht vom 8. Juli 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/17/1-5 = Urk. 9/19) führte Dr. B. \_\_\_ zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus, diese leide nicht an geistigen und psychischen Einschränkungen, jedoch bestünden seit dem Unfall muskuloskeletale Probleme, welche Schwierigkeiten für Armbewegungen brächten, vor allem rechts und bei Tätigkeiten wie Sitzen und Stehen nach etwa 5-10 Minuten (Ziff. 1.7). Die Beschwerdeführerin sei zurzeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). 3.6

Zur Operation eines Adnextumors rechts war die Beschwerdeführerin vom 11. bis 19. Januar 2011 im Spital C. \_\_\_, Klinik für Gynäkologie, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 18. Januar 2011 (Urk. 9/38/1-3) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - muzinöser

Borderline-Tumor mit fokalen Übergängen in ein gut differenziertes muzinöses

Zystadenokarzinom vom intestinalen Typ mit expansilem Wachstumsmuster und Anteilen eines reifen Teratoms - Status nach Sectio 28. Schwangerschaftswoche (SSW) bei Präeklampsie 1998 - Status nach HWS-Distorsion mit chronischem Schmerzsyndrom der HWS seit 2009 - Periarthropathia

humeroscapularis rechts, aktuell Frozen

shoulder – anamnestic dokumentierte Tendinopathie

Rotatorenmanschette rechts - depressive Erkrankung - Adipositas - positiver Kinderwunsch 3.7

Dr. med. D. \_\_\_

hielt in seinem Bericht vom 15. Februar 2011 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 9/38/4-5) bei bekannter Diagnose fest, aus medizinischer Sicht habe eine Kontusion der Schulter rechts durch die Auffahrkollision vorgelegen. Die Reizungen und Verletzungsmuster der Sehnenstrukturen der Rotatorenmanschette halte er für Unfallfolgen, die beschriebene AC-Arthrose dürfte mit aller Wahrscheinlichkeit vor dem Unfall schon bestanden haben (S. 2 oben). Es bestehe die Möglichkeit, dass die vorbestehende Arthrose durch die Kontusion vom 7. August 2009 aktiviert und somit ein entzündliches Geschehen im rechten Schultergelenk durch die Autokollision mit konsekutiver Kontusion ausgelöst

worden sei. Als zusätzliche Diagnosen nannte er eine degenerative Läsion der Lendenwirbelsäule und eine depressive Erkrankung (S. 1 Ziff. 2). 3.8

Mit Bericht vom 1. März 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/41/1-3) diagnostizierten die Ärzte des Spitals C. \_\_\_ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen muzinösen

Borderline-Tumor mit Übergang in ein gut differenziertes muzinöses

Zystadenokarzinom, einen Status nach HWS-Distorsion mit chronischem Schmerzsyndrom der HWS, eine Periarthropathia

humeroscapularis rechts und eine Frozen

Shoulder sowie eine Adipositas (Ziff. 1.1). 3.9

Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 21. April 2011 (Urk. 9/46/6-10) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe nach einem Autounfall mit HWS-Distorsion ein generalisiertes Schulter schmerzsyndrom sowie ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom entwickelt. Im Verlaufe habe sie dann vermehrt depressive Beschwerden entwickelt, vor allem lägen ein Stimmungstief, eine Antriebsschwäche, verminderte Aktivität, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung, eine leichte formale Denkstörung und Schlafstörungen sowie massive Schmerzsymptome vor. Seit September 2010 stehe sie bei ihm in Behandlung. Vor allem scheine die subjektive Schmerzsymptomatik seitens der Orthopädie im Vordergrund zu stehen, weshalb differentialdiagnostisch bei keiner objektivierbaren Symptomatik auch eine somatoforme Schmerzstörung in Betracht käme. Zudem würde das diagnostizierte Zystadenokarzinom die depressive Symptomatik zusätzlich verschlechtern (Ziff. 1.4).

In der angestammten Tätigkeit bei der Firma Y. \_\_\_\_, bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 30 bis 40 % seit dem Behandlungsbeginn. Anamnestisch liege die Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht seit Anfang 2010 vor (Ziff. 1.6). In einer angepassten Tätigkeit bestünden aufgrund von Antriebsstörungen, welche eine verminderte Durchhaltefähigkeit bedingten, wahrscheinlich eine eingeschränkte Selbstbehauptungsfähigkeit sowie eine verminderte Gruppenfähigkeit. Dies zeige sich ebenfalls im sozialen Umfeld der Beschwerdeführerin, wo ein deutlicher Rückzug über die Zeit stattgefunden habe. Aufgrund ihrer eingeschränkten mentalen Funktion attestiere er eine 30 bis 40%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.7). 3.10

Die am 2. Mai und 30. Juni 2011 (Urk. 9/52/7-10) in der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Spital C. \_\_\_\_, durchgeführten ambulanten Konsultationen ergaben folgende Diagnosen (S. 1): - generalisiertes Schmerzsyndrom - chronisches zervikales und thorakospondylogenes Syndrom - lumbospondylogenes Syndrom - Adipositas - depressive Erkrankung Die Ärzte führten aus, in der Zusammenschau der Befunde leide die Beschwerdeführerin an einem generalisierten Schulterschmerzsyndrom sowie an einem chronischen Panvertebralsyndrom. Es sei eine Physiotherapie durchgeführt worden mit Abbruch der therapeutischen Bemühungen bei fehlender Beseitigung der Schmerzen und Verdacht auf eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung, allgemeine Dekonditionierung und bei einem Schmerzvermeidungsverhalten. Als sekundäre Folge der Schultergelenksproblematik sähen sie muskuläre Befunde im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Ergänzend bleibe zu erwähnen, dass bildgebend und klinisch aus rein rheumatologisch-somatischer Sicht zwar muskuloskelettale Probleme feststellbar seien, diese alleine den aktuellen Grad der Schmerzen sowie den Grad der Leistungs- und Arbeitsfähigkeitseinbusse nicht erklären könnten. Die Beschwerdeführerin habe sowohl anlässlich der ärztlichen klinischen Untersuchung wie auch in der ambulanten Physiotherapie ein ausgeprägtes Schmerz- und Schonverhalten mit nicht konsistenten Befunden aufgewiesen. Aufgrund dieses Verhaltens, einer das klinische Bild nicht vollumfänglich erklärenden Diagnostik und aufgrund des gänzlich fehlenden Ansprechens auf die bisherigen therapeutischen Bemühungen, liege allenfalls eine psychische Erkrankung vor, welche die Beschwerdeproblematik beeinflussen oder unterhalten könnte (S. 3). Aus rein rheumatologischer Sicht sollte es der Beschwerdeführerin eigentlich zumutbar sein, eine leichte angepasste Arbeit mit Wechselbelastungen und regelmässigen Pausen durchführen zu können. Es lägen wie bereits erwähnt an der weitest möglicherweise

psychische oder psychosoziale Faktoren vor, welche erklären könnten, dass eine weitere Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 4). 3.11

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) verwies in seinem am 25. Juli 2011 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 9/52/1-5) auf den Bericht der Rheumaklinik des Spitals C.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2011 (vgl. vorstehend E. 3.11) und führte aus, anlässlich der letzten Verlaufskontrolle am 17. Februar 2011 sei der Beschwerdeführerin mitgeteilt worden, dass im Rahmen der ambulanten Behandlung durch seine Praxis keinerlei Möglichkeiten mehr bestünden, therapeutisch ihr Krankheitsbild zu beeinflussen, weshalb sie an die Rheumaklinik verwiesen worden sei (Ziff. 1.5). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht aufgrund mittlerer bis schwerer körperlicher Arbeit nicht zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wäre grundsätzlich denkbar, hierbei würden jedoch die psychiatrischen Diagnosen als auch die gynäkologischen Diagnosen einen erheblichen Einfluss spielen. Er halte es für möglich, im Rahmen leichter angepasster Tätigkeiten ein Pensum zwischen 15-25 % zu absolvieren. Dies beinhalte angemessene Pausenzeiten zwischen 20-30 Minuten und Arbeitszeiten zwischen 60-65 Minuten bei leichter körperlicher Arbeit ohne Heben von Gegenständen (Ziff. 1.7). 3.12

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

(vorstehend E. 3.5) schrieb in seinem Bericht vom 12. November 2011 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 9/55), dass diese am 29. Mai 2009 wegen Rückenbeschwerden bei ihm in Behandlung gewesen sei und dass ihm zu diesem Zeitpunkt keinerlei Beschwerden bezüglich der Schultern bekannt gewesen seien.

Im Bericht vom 2. Dezember 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/56) erklärte er, es bestehe aufgrund der starken Schmerzen in Schulter und Rücken und der daraus resultierenden psychologischen

Schmerzverarbeitungsschwierigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 7. August 2009. Wegen unerträglicher Schmerzen sei die Beschwerdeführerin auch in einer adaptierten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6 f.).

Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 8. Dezember 2011 der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/60 = Urk. 9/61/6-7) von einem gleichbleibenden medizinischen Status hinsichtlich des rechten Schultergelenks, der HWS und der LWS.

Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberärztin Gynäkologie, Spital C.\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 28. Januar 2012 (Urk. 9/62) fest, dass die gynäkologischen Diagnosen nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würden

und verwies zur konkreten Beurteilung der posttraumatischen Schmerzen/Läsionen der HWS/LWS/Schulter und deren Auswirkung auf die behandelnden Ärzte (Ziff. 1.11).

Mit Bericht vom 18. August 2012 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/70) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, seine Befunde des generalisierten Schmerzsyndroms würden sich auch mit dem Bericht der Rheumatologischen Klinik des Spitals C.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2011 (vgl. vorstehend E. 3.11) decken. Eine Magnetresonanztomographie-Untersuchung der rechten Schulter vom 11. Februar 2010 beschreibe, dass deutliche Zeichen einer retraktilen

Kapsulitis vorlägen, welche offensichtlich dazu beitragen würden, dass eine stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 1). 3.13

Vom 25. Oktober bis 3. November 2012 wurde die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmender Rücken- und Schulterschmerzen auf eigenen Wunsch hin not fallmässig hospitalisiert. Im Kurzaustrittsbericht des Spitals G.\_\_\_\_ vom 2. November 2012 (Urk. 3/2) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1): - lumbovertebrales Schmerzsyndrom - aktuell immobilisierende Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Symptomatik - Periarthropathia Schulter rechts - Vitamin D-Mangel - leichte Transaminasen-Erhöhung - Depression - Teratom Ovar links - Adipositas - Kontrastmittelallergie Die Ärzte führten aus, es sei bei bereits langjährig bekanntem lumbovertebralem Schmerzsyndrom sowie chronischen Schulterschmerzen und aktuell fehlender radikulärer Symptomatik und insbesondere ohne Hinweise auf eine Cauda

equina Symptomatik auf eine Bildgebung verzichtet worden. Hinweise auf eine entzündliche Komponente hätten sich nicht gefunden. Aufgrund der atypischen Schmerz- und pseudoradikulären Symptomatik sowie fehlendem Ansprechen auf Analgetika würden sie von einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgehen (S. 1 unten). 3.1 4

Dr. B.\_\_\_\_ erachtete in seinem als Beschwerde gegen die Beschwerdeführerin bezeichneten Schreiben vom 10. November 2012 (Urk. 3/3) eine vollständige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als nicht gegeben. 3.1 5

Auf Zuweisung des Spitals G.\_\_\_\_ wurde die Beschwerdeführerin vom 3. bis 23. November 2012

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

## **E. 012**

in der Klinik H.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. Dezember 2012 (Urk. 7) diagnostizierten die Ärzte chronische Schmerzen mit somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) eine rezidivierende depressive Störung, ein Teratom Ovar links, einen Vitamin D-Mangel sowie Adipositas.

Bei somatisch fixiertem Krankheitskonzept und ausgeprägtem Schmerzverhalten seien auf körperlicher Ebene nur geringfügige Fortschritte erzielt worden, je doch habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin stabilisiert (S. 2 Mitte). Es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, das aktuell exazerbierte und neu in die rechte Extremität ausstrahlen würde ohne deutliche radikuläre Symptomatik. Klinisch würden sich ausserdem auch Hinweise für ein posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) zeigen, welche in der ambulanten Anschlussbehandlung weiter zu explorieren sei. Erschwerend kämen bei der Beschwerdeführerin psychosoziale Belastungsfaktoren hinzu, welche Insuffizienzgefühle verstärken würden (S. 3 oben). Während des Aufenthalts und im Anschluss für zwei Wochen bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 oben). 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die Ärzte von denselben Krankheitsbildern ausgehen, und es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Produktion seit dem Unfall im August 2009 nicht mehr arbeitsfähig ist (Urk. 2

S. 2 oben). Uneinigkeit besteht hingegen bei der Beurteilung der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auf die Arbeitsfähigkeit.

Überdies ist strittig, ob die Beschwerdeführerin an einem psychischen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leidet. 4.2

Vorliegend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin auf die Ausführungen der Ärzte der Rehaklinik A.\_\_\_\_

vom 19. Februar 2010 (vgl. vorstehend E. 3.4) und denjenigen der Rheumaklinik des Spitals C.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2011 (vgl. vorstehen E. 3. 10 ) abzustellen.

Ihre Ausführungen sind für die streitigen Belange umfassend. Sie berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein; die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Die Arztberichte

erfüllen daher die praxismässigen Anforderungen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) vollumfänglich, so dass den darin enthaltenen Ausführungen voller Beweiswert zukommt. Demnach steht fest, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht ab Februar 2010 für eine angepasste berufliche Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der medizinische Sachverhalt sei angesichts unterschiedlicher Diagnosen und Beurteilungen ihrer Arbeitsfähigkeit ungenügend abgeklärt und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen (Urk. 15 S. 2 ), vermag dies nicht zu überzeugen. Die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ vom Mai und Juli 2011

vermögen an der Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik A.\_\_\_\_ und der Rheumaklinik des Spitals C.\_\_\_\_

nichts zu ändern, da Dr. D.\_\_\_\_ im Mai 2011 keine Angaben zu einer

interessierenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit machte (vgl. vorstehend E. 3. 7 ) und in seinem Bericht vom 25. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 3.1 1 )

selbst auf die erhobenen Befunde der Ärzte der Rheumaklinik am

Spital C.\_\_\_\_ verwies und im Bericht vom 8. Dezember 2011 von einem gleichbleibenden medizinischen Status ausging (vgl. vorstehend E. 3.1 2 ) . Soweit er der Beschwerdeführerin mit Hinweis auf die einschränkende Wirkung der psychiatrischen und gynäkologischen Diagnosen eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von lediglich 15-25 % zumutete, ist ihm entgegenzuhalten, dass die gestellten gynäkologischen Diagnosen zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. vorstehend E. 3.1 2 ) und überdies in der Tat nicht ohne weiteres einleuchtet, dass die psychischen Beschwerden und das generalisierte Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit derart erheblich einschränken, wie er dies in seinem Bericht vom 25. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 3.1 1 ) festhielt, zumal die hier massgebenden ärztlichen Einschätzungen von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit ausgingen (vgl. vorstehend E. 3.4, E. 3.1 0 ) und er über keinen Facharztstitel auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie verfügt.

Dass überdies die ärztlichen Feststellungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit insbesondere mit derjenigen des behandelnden Dr. B.\_\_\_\_

(vgl. vorstehend E. 3.5, E. 3.1 2 , E. 3.1 4 ) dermassen divergieren, ist angesichts der Erfahrung Tatsache, dass Hausärzte und Hausärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Pati enten aussagen, weshalb ihre Aussagen mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 E. 3b7cc, BGE 122 V 160 E. 1c, je mit Hinwei sen), nicht weiter erstaunlich . Dies zeigt sich auch an seinem Schreiben vom 10. November 2012 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 3/3) exemplarisch. Ausserdem machte er auch keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensan gepassten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 1.3) und stellte darüber hinaus auf sub jektive Angaben der Beschwerdeführerin ab (vgl. vorstehend E. 3.1 2 ) .

Schliesslich vermag auch die Rüge, der inzwischen festgestellte deutliche Entzün dungsstand in der rechten Schulter sei unberücksichtigt geblieben (Urk. 15 S . 2 unten), nicht zu überzeugen, da bei der unmittelbar nach Verfü gungserlass und von der Beschwerdeführerin selbst veranlasste n Hospitalisie rung die Ärzte diesbezüglich weder eine radikuläre Symptomatik noch Hinweise auf eine entzündliche Komponente fanden (vgl. vorstehend E. 3.1 3 ). Ebenso verneinten auch die Ärzte der Klinik H.\_\_\_\_ eine radikuläre Symptomatik (vgl. vorstehend E. 3.1 5 ). 4.4

Somit ist ausgewiesen, dass aus somatischer, insbesondere rheumatologischer Sicht, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Verfügungserlass am 18. Oktober 2012, welcher praxismässig die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis darstellt (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen), besteht. 4.5

Zu prüfen bleibt, ob aus psychiatrischer Sicht eine weitergehende Einschrän kung der Arbeitsfähigkeit gegeben ist.

Erstmals machte Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Februar 2011 (vgl. vor stehend E. 3.7) eine depressive Erkrankung geltend. Bis dahin wurden in den aktenkundigen Berichten keine psychiatrischen Diagnosen gestellt respektive Hinweise auf eine psychische Störung formuliert. Dr. E.\_\_\_\_ stellte sodann eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) als psychische Gesund heitsbeeinträchtigung auf der Grundlage eines generalisierten Schulterschmerz- sowie zervikovertebralen Schmerzsyndroms fest und erachtete die Beschwerde führerin als zu 30 bis 40 % arbeitsunfähig (vgl. vorstehend E. 3.9). Die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ diagnostizierten ein generalisiertes Schulterschmerzsyndrom sowie ein chronisches Panvertebralsyndrom und hielten ergänzend fest, aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin, einer das klinische Bild nicht vollumfäng lich erklärenden Diagnostik und aufgrund des gänzlich fehlenden Ansprechens auf die bisherigen therapeutischen Bemühungen liege eine psychische Erkran kung vor (vgl. vorstehend E. 3.10).

Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit dem 10. Mai 2011 nicht mehr bei Dr. E.\_\_\_\_ in Behandlung steht (vgl. Schreiben vom 11. Mai 2012, Urk. 9/65). Gemäss der Angabe des Ehemannes der Beschwerdeführerin vom 2. April 2012, sie habe seither auch keine psychiatrische Behandlung auf gesucht (Urk. 9/63), kann nicht davon ausgegangen werden, dass die zuletzt im Jahre 2011 diagnostizierte depressive Episode im Verfügungszeitpunkt am 18. Oktober 2012 so ausgeprägt war, dass ein Behandlungsbedarf bestanden hätte, zumal auch im nach Verfügungserlass erstellten Spitalbericht vom 13. Dezember 2012 festgehalten wurde, der psychische Zustand der Beschwer deführerin

habe sich stabilisiert (vgl. vorstehend E. 3.15). Daraus ist zu schliessen, dass die psychische Beeinträchtigung keinen invalidisierenden Charakter aufweist, zumal die Beschwerdeführerin ihr psychisches Leiden selber offenbar nicht als besonders schwer erlebt, andernfalls sie sich einer konsequenten Depressionsbehandlung unterzöge. Im Übrigen erwähnten sowohl Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.9) als auch die Ärzte der Klinik H.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.15) psychosoziale Belastungsfaktoren, welche dem Krankheitswert der psychischen Gesundheitsschädigung entgegenstehen (BGE 127 V 294 E. 5a). Im Übrigen sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis therapierbar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1). Es ist nicht ersichtlich, weshalb es sich im Falle der Beschwerdeführerin anders verhalten sollte.

Dies führt zusammenfassend zur Feststellung, dass im Verfügungszeitpunkt keine depressive Problematik in einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Intensität ausgewiesen ist. 4.6

Auch die Würdigung des im Juni 2011 diagnostizierten generalisierten Schmerzsyndroms (vorstehend E. 3.10) führt zu keinem anderen Ergebnis. Dieses gehört zu den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3), denen praxisgemäss nur ausnahmsweise invalidisierender, das heisst einen Rentenanspruch begründender Charakter zukommt (BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz den subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind: Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angebar innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 132 V 65 E. 4.2.2; 130 V 352 E. 2.2.3). Umgekehrt sprechen unter anderem eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezielten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 131 V 49 E. 2.1).

Bei der zuletzt im April 2011 diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode handelt es sich insgesamt nicht um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität; ohnehin wäre die praxisgemäss notwendige Erheblichkeit der Schwere, Ausprägung und Dauer der Komorbidität (BGE 137 V 64 E. 4.1) nicht dargetan.

Das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien ist aufgrund der Aktenlage nicht erstellt und von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht worden. Weder schränken die körperlichen Begleiterkrankungen (chronisches zerviko - und thorakospondylo genes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Adipositas, Teratom Ovar links) die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Arbeit nach den medizinischen Einschätzungen der Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.10) und der Rehaklinik A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.4) ein, noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass sie eine ausgeprägte, die zumutbare Willensanstrengung negativ beeinflussende psychische Belastungssituation verursachen. Wie dargelegt, wurde von den Ärzten des Spitals C.\_\_\_\_ explizit festgehalten, dass die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und der klinischen und radiologischen Befunde den aktuellen Grad der Schmerzen sowie den Grad der Leistungs- und Arbeitsfähigkeitseinbusse nicht erklärbar sei und allenfalls eine psychische Erkrankung die Beschwerdeproblematik beeinflussen könnte. Weiter erwähnte Dr. E.\_\_\_\_ lediglich einen Rückzug im sozialen Umfeld der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 3.9). Damit ist aber nicht gesagt, dass der soziale Rückzug sämtliche Lebensbereiche beschränkt. Ein primärer Krankheitsgewinn („Flucht in die Krankheit“) ist nicht ausgewiesen und wurde auch nicht geltend gemacht. Schliesslich sind die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft, indem seitens der Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ eine entsprechende psychiatrische Therapie und bei psychischer Stabilisierung physiotherapeutische Massnahmen empfohlen wurde (Urk. 9/52/9). Das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten Behandlung ist demzufolge ebenfalls nicht erfüllt. Auch wenn von einem mittlerweile chronifizierten Leiden auszugehen ist und die bislang erfolgten Behandlungen nicht den gewünschten Erfolg bewirkten, bleibt unter den gegebenen Umständen in rechtlicher Hinsicht – entgegen der Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ – kein Raum für die Annahme einer mit psychischen Leiden begründeten (30-40%igen) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Daraus ist auf das Fehlen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu schliessen. 4.7

Der medizinische Sachverhalt ist mithin dahingehend erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit keine Einschränkung erfährt und kein invalidisierender Gesundheitsschaden ersichtlich ist. Auf weitere Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt (Urk. 15), ist deshalb zu verzichten. Sofern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Erlass der Verfügung im Oktober 2012 dennoch verschlechtert haben sollte, ist es ihr unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin eine Neuanmeldung einzureichen. 4.8

Nachdem die Invaliditätsbemessung im engeren Sinn von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt wurde und auch aufgrund der Akten (vgl. Urk. 9/23) zu keinen Beanstandungen Anlass gibt, so dass sich weitere Ausführungen dazu erübrigen, bleibt es dabei, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines Invaliditätsgrades von (gerundet) 17 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2012 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig v om Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs.

1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie de r unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 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 Gerichts kasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf §

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Integration Handicap - 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 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, zuzu stellen.

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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannBrühwiler

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