

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00964 vom 4. Juni 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00964](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00964)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00964 du 4 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00964 del 4 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

### **E. 1.2**

In der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2013 erwog die Beschwerdegegnerin, das im Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 26. August 2013 genannte Fibromyalgiesyndrom sei nach der Rechtsprechung ohne Relevanz für die Invalidenversicherung. Das chronisch cervicocephale / encephale Syndrom werde in keinem objektiven Befund abgestützt. Bezüglich der Diagnose lumbospondylogenes Syndrom bei Discusprotrusion L4/L5 bei angeborenen engem Spinalkanal werde von Dr. C.\_\_\_\_ selbst erwähnt, dass sich im neu angefertigten MRI vom 12. August 2013 lediglich die Protrusion verschlechtert habe. Von einer allfällig klinisch relevanten Neurokompression sei nicht die Rede. Die Diagnose depressive Verstimmung als solche, hier ohne Psychopathologie, entspreche in diesem Kontext einer vom Somatiker vorgenommenen und damit fachfremden Interpretation des Gesundheitszustandes.

Eine Quantifizierung von Knochenverlust und ein hierauf bezogener Knochentrageverlust sei nicht zu erkennen. Gemäss ihren medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführerin ihre bisherige sowie eine angepasste Tätigkeit in einem 80%-Pensum zumutbar. Beim Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 20%, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2 S. 2).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber im Wesentlichen vorbringen, im A.\_\_\_\_-Gutachten vom 10. Mai 2013 werde festgehalten, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in erster Linie auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen sei (Urk. 1 S. 7). Mit einer zweistündigen Abklärung durch die A.\_\_\_\_-Gutachter ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Vorgeschichte der Beschwerdeführerin beziehungsweise der aktuellen Behandlungssituation sei sie nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Der die Beschwerdeführerin behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ führe in seinem Bericht vom 23. Mai 2013 aus, dass sie an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sowie seit mehreren Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung, im Rahmen einer mittelgradigen Episode, leide. Dieser Bericht sei von den A.\_\_\_\_-Gutachtern nicht berücksichtigt worden. Dr. B.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführerin eine Leistungs- beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit von 80% attestiert (Urk. 1 S. 9). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 24. Oktober 2013 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 23. September 2013 sei ihr eine Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei sie in psychiatrischer Hinsicht erneut umfassend zu begutachten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2013 beantragte die Beschwerdeführerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 8/1-107]), was der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 4. Dezember 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

### **E. 2.1**

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

### **E. 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, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4)

analog angewendet.

### **E. 2.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2. 4

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt sie jedoch auf die Neuannmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Antragssteller oder der Antragsstellerin glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2) auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vor zu gehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die fest gestellten Veränderungen genügen, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2a und b). 2. 5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Massgeblich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Erlass der Verfügung vom 17. April 2008 (Urk. 8/38) war das polydisziplinäre Gutachten des Instituts Z.\_\_\_\_ vom

17. Januar 2008 ( Urk. 8/25 ; vgl. Urk. 8/38/2 und Urk. 8/43/10). Dieses Gutachten wurde im Urteil des hiesigen Gerichts IV.2008.00552 vom 19. Mai 2009 wie folgt zusammengefasst (Urk.

### **E. 3.2**

Dabei steht fest, dass keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliegt. Die A.\_\_\_\_-Gutachter haben das Vorliegen einer schwerwiegenden psychischen Störung verneint ( Urk. 8/85/22) .

Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Mai 2013 zwar eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (E. 3.4). Auf diesen Bericht kann aus den nachfolgend aufgeführten Gründen (E. 4.4) allerdings nicht abgestellt werden. Es kommt hinzu, dass rechtsprechungsgemäss leicht- mittel gradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens zu betrachten sind , die es der betroffenen Person verunmöglichen würde, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit weiteren Hinweisen).

Sodann führten die A.\_\_\_\_-Gutachter aus, dass aus rheumatologischer Sicht zwar chronische körperliche Begleiterkrankungen vorhanden seien, diese blieben „per se“ aber ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/85/22) .

Diese Begleiterkrankungen sprechen mithin nicht

gegen

die Überwindbarkeit der geklagten Beschwerden . Es kann auch keine Rede davon sein, dass ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens bestünde . Die Beschwerdeführerin

lebt mit ihrem Sohn zusammen und trifft auswärts Freunde zum Kaffee (Urk. 8 / 85/10 ; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_527/2013 vom 11. Juli 2014 E. 3.3. 5 , wo das Kriterium des sozialen Rückzugs bei Kontakten zur Tochter und deren Kindern sowie zu we nigen Freunden verneint wurde). Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung liegt eben falls nicht vor, zumal sich die Beschwerdeführerin

bei Dr. B.\_\_\_\_ in Psychotherapie befindet ( Urk. 8/87/1), wodurch sie Entlastung erfährt und eine andere Sichtweise kennen lernt ( Urk. 8/85/10), und eine psychiatrische Tagesklinik besucht ( Urk. 1 S. 9, Urk. 8/85/10) . Demnach ist auch das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung nicht erfüllt. Hinzu kommt, dass die Psychotherapie bei Dr. J.\_\_\_\_ vom 8. August bis 21. November 2002 und von 13. März bis 2. Mai 2006 (Urk.

8/19) gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin wegen Erziehungsproblemen mit den zwei Kindern aus erster Ehe des damaligen Ehemannes durchgeführt wurde ( Urk. 8/25/6). Bei Dr. B.\_\_\_\_ befindet sich die Beschwerdeführerin erst seit 12. September 2012 in Behandlung ( Urk. 8/87/1), obschon die Schmerzverarbeitungsstörung gemäss den A.\_\_\_\_-Gutachtern bereits seit 2005 ausgewiesen ist ( Urk. 8/85/23). Über die psychiatrische

Behandlung konnten sich die A.\_\_\_\_ -Gutachter mangels Berichte des behandelnden Psychiaters kein Bild machen ( Urk. 8/85/20), weshalb ihre Aussage, wonach ein chronifizierter, therapeutisch nicht angehbarer Verlauf ausgewiesen sei ( Urk. 8/85/23), nicht überzeugt. Es sind somit weder das Kriterium der psychischen Komorbidität noch die weiteren oben erwähnten Kriterien erfüllt. Damit kann die Prüfung des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung unterbleiben. Denn dieses Kriterium müsste in sehr ausgeprägter Form vorliegen, um trotz allem die Unüberwindbarkeit des geklagten Symptomenkomplexes zu begründen. Zu berücksichtigen wäre hierbei aber etwa auch, dass die Beschwerdeführerin von November 2011 bis Februar 2012 wieder bei der Firma Y.\_\_\_\_ gearbeitet hat (Urk.

8/85/13).

Mit einer zumutbaren Willensanstrengung könnte die Beschwerdeführerin die Schmerzstörung bzw. Fibromyalgie (E. 2.2) überwinden, weshalb diese keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. 4.4

#### 4.4.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2013 (Urk. 8/89) die psychiatrische Beurteilung der A.\_\_\_\_ -Gutachter widerlege. Aufgrund des Berichts des behandelnden Psychiaters sei eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % ausgewiesen (Urk. 1 S. 12). 4.4.2

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Der begutachtenden Person ist deshalb praktisch ein gewisser Spielraum – innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu rezeptieren sind – zu gewähren, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese

objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4 mit weiteren Hinweisen). 4.4.3

Zur von

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

angeführten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, hielt Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2013 fest, dass eine Depression von dieser Intensität bei der A.\_\_\_\_ -Untersuchung nicht bestätigt werden können (Urk. 8/89/1). Zudem führte er aus, dass es – falls die Angaben von Dr. B.\_\_\_\_ bezüglich Depression zutreffend seien – zu einer deutlichen Zustandsverschlechterung zwischen der A.\_\_\_\_ -Abklärung (12. April 2013) und der Berichtsabfassung durch Dr. B.\_\_\_\_ (23. Mai 2013) gekommen sein müsste (Urk.

8/89/3). Dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_

ist allerdings nichts Entsprechendes zu entnehmen. Gemäss Dr.

B.\_\_\_\_

bestehen die Einschränkungen der Beschwerdeführerin betreffend Konzentrationsvermögen und Belastbarkeit (ausgeprägt), Auffassungsvermögen (leicht) und Anpassungsfähigkeit (mittelgradig) seit 12.

September 2012, mithin bereits seit Beginn der Behandlung bei diesem Psychiater (Urk. 8/87/5). Dr. D.\_\_\_\_ hält eine Verschlechterung für nicht ausgeschlossen, insbesondere wenn sich die Beschwerdeführerin dazu entschlossen habe, über frühere traumatische Erfahrungen Auskunft zu geben (Urk. 8/89/3).

Dies kann aber ebenso wenig als Begründung angeführt werden. Die Untersuchung durch Dr.

D.\_\_\_\_ fand am 12. April 2013 statt (Urk. 8/85/1). Dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23.

Mai 2013 ist aber zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihm „vor einigen Monaten“ vom Kindheitstrauma erzählt habe (Urk. 8/87/1).

Mithin hätte sich eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung klinisch manifestieren müssen, was nachweislich nicht der Fall war (E. 3.3.1). Der Umstand,

dass der behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_

den Schweregrad der Depression anders einschätzte, vermag

noch keine Zweifel am A.\_\_\_\_-Gutachten zu begründen. Zu berücksichtigen ist hierbei auch der Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (E. 4.4.2).

Schliesslich darf und soll das Gericht

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte wie auch bei Hausärzten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014

E. 3.3.2 mit Hinweis en). 4.4.4

Zur im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23.

Mai 2013 (Urk. 8/87) diagnostizierten, seit den Jugendjahren bestehende komplexe posttraumatische

Belastungsstörung

beziehungsweise dem

dort erwähnte langdauernde, familieninterne (sexuelle) Kindheitstrauma (Urk. 8/87/1) führt der psychiatrische A.\_\_\_\_-Gutachter Dr.

D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2013 aus, die Beschwerdeführerin habe beschrieben, dass sie nach dem Auszug aus dem Elternhaus bis zur Heirat glücklich und zufrieden gelebt habe. Diese Tatsache würde eher gegen eine in die Kindheit zurückgehende psychische Belastungsstörung sprechen. Das Auftreten der psychischen

Symptome sollte in einen Zusammenhang mit dem auslösenden Ereignis stehen und in der Regel nicht sechs Monate nach dem Trauma auftreten. Die Beschwerdeführerin habe mit ungefähr 18 Jahren einen Suizidversuch unternommen, über dessen Hintergründe sie kaum Auskunft gegeben habe. Die Tatsache, dass sie anschliessend aber jahrelang psychisch stabil und zufrieden gelebt habe, lasse eine erst 2013 diagnostizierte Belastungsstörung kritisch hinterfragen (Urk. 8/89/2). Dieses Argument überzeugt. Es ist nicht bekannt, ob die Beschwerdeführerin in der Türkei in Psychotherapie war. Nach ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 1997 fand – wegen Erziehungsproblemen mit den zwei Kindern aus erster Ehe ihres damaligen Ehegatten (Urk. 8/25/6) – von 8.

August bis 21. November 2002 und von 13. März bis 2. Mai 2006 eine Psychotherapie bei Dr. J.\_\_\_\_

statt (Urk. 8/19/1). In diesen Therapieperioden war die Beschwerdeführerin laut Dr. J.\_\_\_\_ voll arbeitsfähig (Urk. 8/19/1).

Bei der Z.\_\_\_\_ - Untersuchung im November 2007 hat die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie ihre Kindheit in schöner Erinnerung habe. Die Familienverhältnisse seien geordnet und harmonisch gewesen (Urk. 8/25/6-7). Der psychiatrische Z.\_\_\_\_ -Gutachter erhob keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

8/25/7). Nach den diagnostischen Leitlinien soll eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10: F43.1 nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, voraussetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose gestellt werden (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode). Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten (H.

Dilling, W. Mombour, M.

H. Schmidt (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 9.

Auflage, Bern 2014, S.

208). Zwar

führt Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23.

Mai 2013 aus, die Beschwerdeführerin habe sich „vor einigen Monaten“ erstmals zu ihrem Trauma äussern können (Urk.

8/87). Er geht aber mit keinem Wort darauf ein, weshalb die Beschwerdeführerin wegen der gemäss Dr. B.\_\_\_\_ seit dem Jugendalter bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung bislang keine Psychotherapie in Anspruch genommen hat, und weshalb bei

den Untersuchungen im Institut Z.\_\_\_\_ kein entsprechender Befund und

aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit feststellbar waren (vgl. Urk. 8/25/6-7), nunmehr aber aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung und der Depression ab Februar 2012 eine 100%ige und im Mai 2013 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen soll (Urk. 8/87/2-3). 4.4. 5

Nach dem Gesagten und insbesondere mit Blick darauf, dass der A.\_\_\_\_ -Gutachter in Kenntnis des Berichts von Dr. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2013 ausführte, dass eine erst 2013 diagnostizierte Belastungsstörung kritisch zu hinterfragen sei und vielmehr von diskrepanten Angaben ausging, besteht kein Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen. 4.5

Zusammenfassend ist damit auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 10. Mai 2013 (E. 3.3) abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit (Profil vgl. E. 3.3.3) auszugehen. 5.

Zu prüfen bleibt, wie sich die von den A.\_\_\_\_ -Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Die Beschwerdeführerin erhebt keine Einwendungen gegen den Einkommensvergleich der Beschwerdeführerin (Urk. 2 S. 1-2; Urk. 8/91). Dieser gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Bei der Firma Y.\_\_\_\_

war die Beschwerdeführerin

vom 26.

August 2003 bis 20. Februar 2005 (letzter effektiver Arbeitstag: 1. November 2004) in einem Pensum von bis zu 17 Stunden pro Woche

(Urk. 8/10 /1-2) sowie von November 2011 bis Februar 2012 in einem Pensum von ca. 30 % tätig (Urk.

8/47/1, Urk. 8/50/1, Urk. 8/85/8). Nachdem das Valideneinkommen unter Annahme einer 100%igen Erwerbstätigkeit zu bestimmen ist, rechtfertigt sich das Abstellen auf die Angaben gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik. Da damit das Validen- und das Invalideneinkommen gestützt auf denselben Tabellenlohn zu ermitteln wären, kann ein

Prozentvergleich vorgenommen werden, bei welchem ein Rentenausschluss der Invaliditätsgrad von maximal 20 % resultiert. 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde 7.

7.1

Die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt (Urk. 3, Urk. 10), weshalb in Bewilligung des Gesuches vom 24. Oktober 2013 (Urk. 1) der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und ihr Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich, zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin zu bestellen ist. 7.2

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

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin

Dina Raewel, machte mit Eingabe vom 26. Mai 2015 (Urk.

## E. 3.3

### 3.3.1

Am A.\_\_\_\_-Gutachten vom 10. Mai 2013 (Urk. 8/85) waren

Dr. med.

D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Hauptgutachter, Prof. Dr. med.  
E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Medizinische Supervision, sowie die Dres. med.  
F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM,  
G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie FMH, sowie H.\_\_\_\_, Facharzt  
für Neurologie FMH, beteiligt. Gestützt auf die von der Beschwerdeführerin zur  
Verfügung gestellten Akten (vgl.

Urk.

8/85/3-8) und die von den A.\_\_\_\_-Gutachtern zusätzlich angeforderten Berichte (Urk.  
8/85/8) sowie ihre Untersuchungen der Beschwerdeführerin in den Fachgebieten  
Rheumatologie am 4. April 2013, Neurologie und Innere Medizin am 11. April 2013 sowie  
Psychiatrie am 12. April 2013 (Urk. 8/85/1) diagnostizierten sie als Diagnose mit  
Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte, chronifizierte Depression (ICD-10:  
F38.8)

[Urk. 8/85/17].

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie an (Urk. 8/85/17):  
- Fibromyalgie - Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung - Chronische s

lumbospondylogenes Syndrom linksbetont, ohne Hinweise für radikuläres Reiz- oder  
Ausfallssyndrom - Leicht ausgeprägte Panikstörung (ICD-10: F41.0) [eigenanamnestisch  
traumatisierende oder belastende Lebensereignisse ohne genauere Spezifikation] -  
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit betont hypochondrischer Ausprägung  
(ICD-10: F45.4) - Akzentuierte Wesenszüge mit unreif histrionischen Anteilen (ICD-10:  
Z73.1) - Migräne ohne Aura - Arterielle Hypertonie, Blutdruckwerte mit 146/93 respektive  
97 mmHg etwas hoch, allerdings in der Untersuchungssituation nicht zu beurteilen - Status  
nach Nephrolithiasis - Status nach mehrfachen Ovarialzysten, aktuell keine - Status nach  
Sectio

caesarea 3.3.2

Der versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese der A.\_\_\_\_-Gutachter ist zu  
entnehmen, dass die Beschwerdeführerin akzentuierte Wesenszüge mit hypochondrisch-  
histrionischen Verhaltens- und Erlebensweisen zeige. Für das subjektiv quälende und die  
Befindlichkeit massgeblich beeinflussende Ganzkörperschmerzsyndrom sei kein  
hinreichendes organisches Korrelat vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht liege eine  
anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Infolge des chronifizierten  
Krankheitszustandes, der psychiatrischen Komorbidität und der seit Oktober 2012  
beschriebenen chronifizierten Depression sei eine leichte Beeinträchtigung der  
Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gegeben (Urk. 8/85/18). Aus rheumatologischer  
Sicht sei die damals durch den behandelnden Rheumatologen attestierte volle  
Arbeitsunfähigkeit aufgrund des durch die Foraminalstenose verursachten

lumbospondylogenen Syndroms nicht ausgewiesen (Urk. 8/85/18-19). Es werde lediglich  
eine diskrete Diskopathie mit breitbasiger

Vorwölbung und möglicher Reizung von L5 sowie ebenfalls möglicher Reizung von L5 foraminal durch eine neuroforaminale Einengung links gesehen. Aufgrund des radiologisch diskreten Befundes werde zu Recht nur von der Möglichkeit einer Nervenwurzelreizung gesprochen. Bei ausgesprochener Haltungsinsuffizienz und Waddelzeichen bestünden Hinweise auf eine Symptomausweitung. Heute bestehe eine Fibromyalgie im Sinne einer zentralen Schmerzerkrankung und die Beschwerdeführerin beschreibe als Ausdruck der Schmerzverarbeitungsstörung ein regressives Verhalten ohne aktive Copingstrategien. Ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom sei nicht nachweisbar. Aus neurologischer wie auch aus intern-medizinischer Sicht lägen keine Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 8/85/19). 3. 3 .3

In ihrer Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führten die A.\_\_\_\_-Gutachter aus, dass aus psychiatrischer Indikation sowohl in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin bei der Firma Y.\_\_\_\_ oder Kosmetikerin als auch für jede leichte bis mittelschwere, wechselbelastende und die konstitutionell kleinwüchsige Beschwerdeführerin nicht überfordernde Tätigkeit seit Oktober 2012 eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % bestehe (Urk. 8/85/20). 3. 4

Der die Beschwerdeführerin seit 12. September 2012 behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 23. Mai 2013 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine seit dem Jugendalter bestehende komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine seit mehreren Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit benannte er eine seit mehreren Jahren bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/87/1). Aktuell bestehe eine ca. 80%ige Verminderung der Leistungsfähigkeit wegen Depression und Traumastörung. In ca. sechs Monaten sei eine behinderungsangepasste, leichtgradige Tätigkeit bis zu vier Stunden pro Tag möglich (Urk. 8/87/3). 3. 5

In seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2013 führte der psychiatrische A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ insbesondere aus, dass anlässlich der A.\_\_\_\_-Abklärung ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsaufgabe und einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung oder Traumatisierung nicht habe festgestellt werden können. Ebenso wenig habe eine Depression mit der von Dr. B.\_\_\_\_ beschriebenen Intensität bestätigt werden können. Da wahrscheinlich diskrete Angaben vorlägen, sei an der gutachterlichen Einschätzung der Diagnostik und Arbeitsfähigkeit festzuhalten (Urk. 8/89/2). 3. 6

Im Bericht vom 26. August 2013 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ ein Fibromyalgiesyndrom, ein chronisches cervico-vertebrales, encephales Syndrom, ein lumbo-spondylogenes Syndrom bei foraminaler

Stenosierung bei einer Discusprotrusion L4/L5 bei angeborenem engen Spinalkanal, eine depressive Verstimmung sowie eine Osteoporose (Urk. 8/98). 4.

4.1

Mit Urteil IV.2008.00552 vom 19. Mai 2009 erwog das hiesige Gericht, in somatischer Hinsicht gehe aus dem Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Januar 2008 (Urk. 8/25) hervor, dass rheumatologisch keine Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gefunden wurden. Deshalb hätten die Gutachter nachvollziehbar auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis intermittierend körperlich mittelschweren, wechselbelastenden

Tätigkeit im Erwerbsbereich wie auch eine volle Leistungsfähigkeit im Haushalt geschlossen. Diese Einschätzung stehe im Einklang mit derjenigen des Spitals I.\_\_\_\_

vom Mai und Juni 2007. In psychiatrischer Hinsicht stehe fest, dass die Mediziner des Spitals I.\_\_\_\_ im November 2005 eine psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin empfohlen hätten. Im Juni 2007 hätten sie sich zur Frage, ob eine relevante psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht äussern können. Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Beschwerdeführerin von August bis November 2002 und von Mitte März bis Anfang Mai 2006 behandelt, ohne eine Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Wegen letztmaliger Behandlung am 2. Mai 2006 habe der Psychiater auf Nachfrage im Juni 2007 nichts zur aktuellen Arbeitsfähigkeit sagen können. Z.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe ausser der Schmerzverarbeitungsstörung keine psychiatrische Komorbidität vorgefunden, ebenso wenig seien Anhaltspunkte für psychosoziale Belastungsfaktoren – wie sie noch Dr. med.

L.\_\_\_\_, Oberarzt Medizinische Poliklinik, Departement Innere Medizin, Spital I.\_\_\_\_, vermutet hatte

– vorhanden gewesen. Der

Z.\_\_\_\_-Psychiater sei aufgrund seiner Untersuchung auch zum Schluss gekommen, dass eine somatoforme Schmerzstörung nicht diagnostiziert werden könne. Zudem habe er darauf hingewiesen, dass sich die subjektive Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich nicht krank fühle, mit der objektiven Befundlage decke. Dies stehe im Einklang damit, dass sie die Behandlung bei Dr. J.\_\_\_\_ beendete, nachdem die Probleme mit den zwei Stiefkindern gelöst waren.

Insgesamt sei mithin ausgewiesen, dass sich – mit Ausnahme der Hausärztin, auf welche indes nicht abzustellen sei

– sämtliche Mediziner für eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsarbeiterin als auch im Haushalt ausgesprochen hätten (Urk. 8/43/9-10). 4.2

In der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 3. Dezember 2012 hielt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, fest,

aufgrund der in den Berichten der behandelnden Ärzte Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, vom 1. Oktober 2012 (Urk. 8/65) sowie Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2012 (Urk. 8/67) nebst der depressiven Störung mit psychiatrischer Behandlung neu radiologisch beschriebenen Foraminale Stenose links L4/L5 mit Wurzelirritation L5/S1 sei scheinbar ein veränderter komplexer somatopsychischer

Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 8/92/3).

Beim A.\_\_\_\_-Gutachten vom 10. Mai 2013 (Urk. 8/85) waren Gutachter der Fachrichtungen Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie beteiligt (vgl. Urk. 8/85/24). Die A.\_\_\_\_-Gutachter erstellten ihre Expertise nach persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin, wobei diese auch zu ihren Beschwerden befragt und ihr Verhalten berücksichtigt wurde (vgl. insbes. Urk. 8/85/8-11, Urk. 8/85/25-27, Urk. 8/85/31-33, Urk. 8/85/38-40). Die A.\_\_\_\_-Gutachter hatten Kenntnis von den Vorakten (vgl.

Urk. 8/85/3-8) und nahmen zu diesen Akten – insbesondere zu abweichenden ärztlichen Auffassungen – auch im Einzelnen Stellung (vgl. insbes. Urk. 8/85/18-19, Urk. 8/85/20), Urk. 8/87/26, Urk. 8/87/29). Allerdings wiesen die A.\_\_\_\_-Gutachter darauf hin, dass ihnen kein Bericht des behandelnden Psychiaters vorgelegen habe (Urk. 8/85/20). Die Beschwerdeführerin holte

daher den Bericht des Psychiaters der Beschwerdeführerin,

Dr. B.\_\_\_\_, vom 23. Mai 2013 (Urk. 8/87) ein, zu welchem der psychiatrische A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ am 26. Juni 2013 Stellung nahm (Urk. 8/89).

Laut den A.\_\_\_\_-Gutachter ist die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht für sämtliche leichte bis mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten voll arbeits- und belastungsfähig (E. 3.3.2). Die A.\_\_\_\_-Gutachter hielten in ihrer Beurteilung mit überzeugender Begründung fest, dass die damals durch den behandelnden Rheumatologen Dr. C.\_\_\_\_ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund des durch die Foraminale Stenose verursachte

lumbospondylogenen Syndroms nicht ausgewiesen sei (E.

### **E. 3.3.2**

).

In seinem Bericht vom 26. August 2013

(Urk. 8/98) verweist Dr.

C.\_\_\_\_ auf das MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 12.

August 2013, welches im Vergleich zu der vorherigen MRI-Untersuchung eine Verschlechterung der Protrusion L4/L5 mit foraminale

Stenosierung beidseits ohne Kompression bei Protrusion und degenerativen Veränderungen gezeigt habe. RAD-Arzt Dr.

M.\_\_\_\_, welcher über einen Facharzttitel für orthopädische Chirurgie verfügt,

weist in seiner Stellungnahme vom 19.

September 2013

allerdings darauf hin, dass eine klinisch relevante Neurokompression oder ein klinisch funktioneller Ausfall nicht beschrieben sei (Urk.

8/101/2). Hinsichtlich der von ihm im besagten Bericht neu diagnostizierten Osteoporose führt Dr. C.\_\_\_\_ keine Befunde an und begründet auch nicht weiter, ob beziehungsweise inwieweit der Osteoporose Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zukommt. Die Berichte von Dr.

C.\_\_\_\_

vermögen mithin keinen Zweifel am A.\_\_\_\_-Gutachten vom 10. Mai 2013 (Urk.

8/85) zu begründen. Im Übrigen kann dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sich die Beschwerdeführerin mit ihren Einwänden gegen den Vorbescheid und dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 26. August 2013 (Urk. 8/98) nur „äusserst marginal“ auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 12), nicht gefolgt werden. In der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2013 (Urk. 2) nimmt die Beschwerdeführerin ausführlich

zu diesem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ Stellung. Es ist nicht erforderlich, dass sich die Begründung eines Entscheidungs mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (BGE 136 I 184 E. 2.2.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_123/2015 vom 29. April 2015 E. 3.3.3 mit Hinweis).

Gestützt auf das A.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. Mai 2013 (Urk. 8/85) ist in somatischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 17. April 2008 (Urk. 8/38) mithin nicht ausgewiesen. 4.3.4.3.1

Die A.\_\_\_\_ -Gutachter diagnostizierten eine Fibromyalgie sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit betont hypochondrischer Ausprägung (E.

3.3.1). Diesen Diagnosen schrieben sie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu (E. 3.3.1) und hielten überdies fest, dass die somatoforme

Schmerzstörung

„per se“ für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei (Urk. 8/85/22). In der versicherungsmedizinischen Gesamtbeurteilung führten die A.\_\_\_\_ -Gutachter indes aus, dass aus psychiatrischer Sicht infolge des chronifizierten Krankheitszustandes, der psychiatrischen Komorbidität und der seit Oktober 2012 beschriebenen chronifizierten Depression eine leichte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 8/85/18). Der Zusammenfassung des Hauptgutachtens im Fachgebiet Psychiatrie ist zudem zu entnehmen, dass trotz leichter Ausprägung der Depressivität infolge der komplexen und chronifizierten Komorbidität eine leichte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Ausmass von ungefähr 20 % anzunehmen sei. Dabei handle es sich um eine Leistungseinbusse wegen Verlangsamung und vermehrter Pausenbedürftigkeit infolge des subjektiven Schmerzerlebens (Urk. 8/85/14).

In diesem Zusammenhang erwog die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einzig, ein „Fibromyalgiesyndrom“ gelte nach der Rechtsprechung als nicht „IV-relevant“ und sei im A.\_\_\_\_ -Gutachten entsprechend gewürdigt worden (Urk. 2 S. 2). Sie hat allerdings nicht

in Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 (vgl. E. 2.2) geprüft, ob dem Beschwerdebild

– ausnahmsweise – invalidisierende Wirkung zukommt.

4.

## **E. 8**

/ 4 3/7 -8): „Dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 17. Januar 2008 (Urk. 9/25) ist die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines chronisch rezidivierenden Zervikalsyndroms (ICD-10 M53.0) mit Zervikozephalgien beidseits (ohne Hinweise auf radikuläre Symptomatik) und Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur sowie eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms beidseits (ICD-10 M54.5) ohne Anhaltspunkte für eine radikuläre

Symptomatik und myostatische Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen zu entnehmen. Die Gutachter hielten zunächst fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Hauptbeschwerden im Bereich des Bewegungsapparates mit

Schmerzen vom Nacken in die Arme und in der Lendenwirbelsäule lokalisiere, welche sich auf den ganzen Körper ausgebreitet hätten. Im Rahmen des multidisziplinären Konsensus führten sie aus, dass anlässlich der rheumatologischen Untersuchung die Befunde eines Zervikalsyndroms und eines lumbospondylogenen Syndroms mit muskulären Dysbalancen und muskuloligamentären

Überlastungsreaktionen hätten objektiviert werden können. Im Weiteren bestehe ein multilokales Schmerzsyndrom ohne klinisch objektivierbare Befunde. Diese Schmerzen könnten auf die bei der psychiatrischen Untersuchung diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung zurückgeführt werden. Aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde sei die Beschwerdeführerin für eine leichte bis intermittierend körperlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Ebenso hätten die übrigen internistischen und anderweitigen somatischen Befunde und Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Ärzte davon aus, dass bisher keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit in höherem Ausmass für die Tätigkeit bei der

Firma Y.\_\_\_\_, für die Haushaltstätigkeit oder jede andere ähnlich gelagerte körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit bestanden habe. Für die Tätigkeit im Haushalt bestehe wie für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin fühle sich aufgrund ihrer Schmerzen nicht mehr arbeitsfähig. Trotz der erhobenen objektivierten somatischen Befunde könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Ein psychisches Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit einschränken würde, bestehe nicht. Somit könne der Beschwerdeführerin zugemutet werden, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, trotz der subjektiv empfundenen Beschwerden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Prognose für eine Wiederaufnahme einer regelmässigen Erwerbstätigkeit sei aber schlecht.“

## **E. 11**

) einen Zeitaufwand von 14.55 Stunden sowie Barauslagen von Fr.

29.10 geltend.

Der von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin geltend gemachte Zeitaufwand von 14.55 Stunden erscheint mit Blick darauf, dass das vorliegende Verfahren von der Untersuchungsmaxime geprägt ist, nicht als angemessen. Bei grosszügiger Betrachtung können eine Stunde Aufwand für Instruktion, vier weitere Stunden für Aktenstudium, drei Stunden für das Abfassen der Beschwerdeschrift (wovon bloss neun Seiten materielle Begründung) sowie eine Stunde für Urteilstudium und Besprechung als gerechtfertigt betrachtet werden. Somit ist eine Entschädigung von Fr. 2'400.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) auszurichten. 7.4

Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 24. Oktober 2013 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und ihr Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich,

wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dina Raewel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 HurstHübscher

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